UNIVERSITÉ PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

ANNÉE 1972

THÈSE

149

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yolande CZERNICHOW

née le 18 avril 1944 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le novembre 1972

PROBLÈMES

POSÉS PAR LES INDICATIONS DE LA STÉRILISATION

DE L'HOMME ET DE LA FEMME

Président du Jury de Thèse : M. le Professeur H. ROBERT

UNIVERSITÉ PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE PITIÉ-SALPÊTRIÈRE

Année 1972

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Yolande CZERNICHOW

née le 18 avril 1944 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le novembre 1972

PROBLÈMES POSÉS PAR LES INDICATIONS DE LA STÉRILISATION DE L'HOMME ET DE LA FEMME

Président du Jury de Thèse : M. le Professeur H. ROBERT

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A mon mari.

A mes parents.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549225_0011

A Monsieur le Professeur Henry-Guy ROBERT,

qui nous a fait l'honneur de bien vouloir accepter la présidence de notre thèse,
qu'il trouve ici le témoignage de notre respect.

A Monsieur le Docteur Raoul PALMER,

qui a inspiré cette thèse et qui a bien voulu la diriger, nous exprimons ici notre profonde admiration et notre gratitude.

A Madame le Docteur Elisabeth PALMER,

dont la bienveillante attention nous a encouragé à poursuivre ce travail.

A Monsieur le Docteur Robert LACOURBE,
Directeur de l'Hôpital International de
l'Université de Paris,
qui nous a accueilli.

A Monsieur le Docteur André RACT,

A Mademoiselle le Docteur Marie-Claire LAIGRE,

qui nous ont appris à aimer la médecine, nous
témoignons ici notre reconnaissance.

PROBLEMES POSES PAR LES INDICATIONS

DE LA STERILISATION DE L'HOMME ET DE LA FEMME

I N T R O D U C T I O N

La stérilisation chirurgicale, qui est la suppression brutale et définitive de la capacité de procréer sans atteinte des autres fonctions sexuelles, est, au sens propre, un moyen de contraception.

C'est avant tout son caractère irréversible qui l'oppose à la contraception temporaire. Dans la vie d'un couple, elle ne peut intervenir qu'à la fin, lorsqu'aucune naissance n'est plus désirée ; elle ne permet pas, comme la contraception, d'espacer les grossesses. Elle occupe donc parmi les moyens techniques intervenant sur la fécondité, une place à part et, comme telle, son évolution n'a pas été parallèle à celle de la contraception.

Si le contrôle des naissances a été tenté depuis toujours, ce n'était jadis qu'à l'aide de méthodes d'une efficacité douteuse. La stérilisation chirurgicale d'apparition plus récente n'a été d'abord pratiquée que dans un but médical préventif, chez la femme, ou eugénique dans les deux sexes.

On assiste depuis le début du siècle, et particulièrement depuis vingt ans, à une révolution dans le domaine de la contraception ; ceci est dû à deux phénomènes dont les interactions mutuelles ont été multiples : l'amélioration des techniques, et le changement dans la façon de penser le problème qui s'est effectué à travers le monde. La diffusion de la régulation des naissances a répondu à un besoin individuel des couples et aux besoins de certains pays où l'équilibre démographique n'est pas adapté aux nécessités économiques.

La stérilisation chirurgicale a elle aussi bénéficié de progrès techniques considérables. La stérilisation tubaire, réalisable auparavant seulement par ligature ou section des trompes de Fallope par voie abdominale laparatomique, ou vaginale, s'effectue maintenant sous le bistouri de certains spécialistes, par voie coelioscopique (section - électrocoagulation, pose de clips, ...).

La ligature et section des canaux déférents appelée vasectomie est une opération simple et bénigne. Sa mise au point a permis d'en faire une intervention ambulatoire et ne nécessitant pas d'anesthésie générale.

... / ...

La relative facilité de ces techniques et leur innocuité grandissante associée à une efficacité presque totale ont amené dans certains pays une progression de la pratique des stérilisations au profit des indications médico-sociales et, plus récemment, dans un but uniquement contraceptif.

Parallèlement à la multiplication des interventions, des observations ont été entreprises, centrées les premiers temps sur les aspects techniques, les causes de complications ou d'échecs, puis au fur et à mesure que ces problèmes se résolvaient, sur les conséquences à long terme de la stérilisation sur la santé. La perte de la fonction de procréation entraine en effet une modification importante de l'image du corps, qui peut se traduire par des plaintes somatiques variées ou par une atteinte de l'équilibre psychologique.

Pour la plupart des auteurs à travers le monde, ce sont ces répercussions psychosomatiques qui constituent la "complication post-opératoire" la plus importante, ce sont donc elles qu'il faut étudier pour éviter les fâcheux résultats. L'analyse des facteurs favorisants va permettre de déduire les indications où on peut espérer un résultat favorable, et l'attitude à adopter dans ce but.

Peut-être à ces conditions pourra-t-on ranger la stérilisation chirurgicale, féminine ou masculine, parmi les méthodes de contraception.

. . . / . . .

HISTORIQUE
DU CONTROLE DES NAISSANCES

Le désir de l'homme de contrôler sa descendance n'est pas nouveau, mais les moyens qu'il a utilisés à travers les âges ont évolué. Tant que le lien entre l'acte sexuel et la procréation n'a pas été compris, comme c'est encore le cas de nos jours dans certaines sociétés primitives, les seuls moyens de régulation, lorsqu'un enfant supplémentaire devenait une charge, s'adressaient à la femme ou éventuellement même, au nouveau-né. L'infanticide par exposition de l'enfant a été pratiqué et se pratique peut-être encore chez quelques peuplades primitives. L'avortement a été de tout temps et reste probablement toujours le moyen le plus utilisé.

Mais il ne s'agit pas là de méthodes préventives. Celles-ci ont fait leur apparition dans l'antiquité et se sont montrées plus ou moins efficaces.

LES TECHNIQUES A TRAVERS LES AGES

Un papyrus égyptien, vieux de 4 000 ans, est le plus ancien document retrouvé. Il recommande l'application vaginale d'une curieuse préparation à base d'excréments de crocodile. En Inde, les techniques contraceptives semblent avoir fait leur apparition il y a seize siècles. En Chine, le document le plus vieux remonte à treize siècles. En Grèce et à Rome, des pratiques contraceptives étaient utilisées, telles certaines ablutions, mais il existait aussi des pratiques de caractère magique, invocations, port d'amulettes, censées protéger la femme contre les esprits fécondants.

Au Japon, on conseillait, aussitôt après un rapport sexuel, de se lever, sauter violemment sur ses pieds et fléchir les cuisses afin de "faire tomber la semence". Ailleurs, on pensait que des éternuements pouvaient avoir le même effet.

Divers breuvages ont été utilisés. Le Talmud indique "La femme a le droit de boire une décoction de racines pour devenir stérile". D'autres recettes ont été essayées, la bave de chameau en Afrique du Nord, les graines de ricin en Egypte, et même des poisons tels l'arsenic dont l'efficacité dépassait le but recherché. BRANTOME, dans "Les Dames Galantes" parle des "antidotes pour engarder d'engrosser".

... / ...

Lorsque le pouvoir fécondant du sperme fut reconnu, d'autres méthodes firent leur apparition : le coïtus interruptus, cité dans la Bible, encore très largement répandu, des douches vaginales, et des obstacles mécaniques plus ou moins efficaces : bouchons d'herbes, d'algues, de figues séchées, de cire d'abeille, réputés avoir parfois de surcroit une action spermicide. ARISTOTE préconisait à cet effet l'huile de cèdre, ou l'essence d'encens mélangée à de l'huile d'olive. D'autres écrivains grecs parlent d'un mélange de suc de menthe et de miel. On peut penser que certains de ces moyens n'étaient pas dénués de toute efficacité. En effet, l'acidité du jus de citron ou du vinaigre peut détruire les spermatozoïdes et la viscosité du miel ou de la gomme peut les engluer et les empêcher de franchir le col de l'utérus.

Ancêtre des préservatifs féminins et masculins modernes, on retrouve mention, il y a 1 800 ans, d'un morceau d'éponge qui peut être imbibé d'une substance spermicide et placé au fond du vagin, ou d'une membrane animale également insérée dans le vagin.

Le préservatif masculin fait son apparition plus tard, en vessie de chèvre dans la Rome antique, en caecum d'animal ou fait de cosses végétales en Amérique du Sud. En 1564, l'anatomiste italien Gabriel FALLOPE recommande un fourreau de toile. En France, au milieu du XVIII° siècle, la contraception était assez largement répandue dans l'aristocratie, que ce soit le condom en baudruche, dont Madame de Sévigné parle dans une lettre à sa fille comme "d'une armure contre le plaisir, et d'une toile d'araignée contre le danger" ou le coïtus interruptus baptisé plus tard "syndrome des fraudeuses". CASANOVA, en plus de ces méthodes, en utilise de plus fantaisistes auxquelles il ne croit guère (boule d'or insérée dans le vagin).

MALTHUS lui, en 1798 dans son "Essai sur le principe de population" ne conseillait que l'abstention.

Lorsque fut inventé le caoutchouc vulcanisé en 1844, l'usage du préservatif masculin se répandit de plus en plus. Sa fonction de protection contre les maladies vénériennes fait qu'il est en vente dans les pays où la législation interdit la diffusion de moyens contraceptifs. Quant au diaphragme vaginal, il aurait été inventé en 1882, en Allemagne, par Wilhelm MENSINGA.

Pendant longtemps, on a pressenti qu'il existait un lien entre la période de fécondité et le cycle menstruel mais sans aucune base scientifique, ce qui a conduit à des erreurs de pratique : la période réputée

... / ...

inféconde étant justement celle que nous savons aujourd'hui être la plus féconde. Reposant sur des constatations empiriques, l'allaitement prolongé a été et est toujours utilisé pour espacer les naissances, avec les aléas qu'il comporte.

Les progrès des connaissances en physiologie et en biologie de la reproduction sont récents. C'est en 1930 qu'OGINO et KNAUSS mettent au point une méthode de détermination approximative de la date de l'ovulation, basée sur des données statistiques. On sait quel en fut le résultat et combien de "bébés-Ogino" ont vu le jour.

Une étape importante est franchie lorsqu'en 1938, le docteur Raoul PALMER montre que l'étude de la courbe thermique permet une détermination précise de l'ovulation dans bien des cas, et la méthode de la continence périodique devient alors plus sure. C'est encore la seule méthode admise par l'Eglise Catholique.

Enfin, la pilule anticonceptionnelle mise au point par ROCK et PINCUS dans les années 50, inaugure l'ère de la contraception hormonale moderne. Parallèlement, l'arsenal contraceptif s'enrichit du dispositif intra-utérin ou stérilet, dont le principe était annoncé par l'anneau de Graefenberg en 1928.

La stérilisation chirurgicale a une histoire beaucoup plus récente, liée aux progrès de la chirurgie et de l'aseptie du siècle dernier.

Nous mentionnerons la castration, qui semble avoir été connue depuis des siècles. Nos lointains ancêtres s'y livraient probablement après la bataille sur leurs ennemis vaincus. La légende court que la reine Semiramis faisait castrer les faibles ou infirmes de son royaume pour ne pas affaiblir la race. Hippocrate la mentionne à des fins eugéniques. La castration masculine punitive était pratiquée depuis longtemps. Au XIII° siècle en Palestine, on castrait les voleurs.

Au XVIII° siècle, Eva Von BUTTLAR, prêtresse d'une secte pronant la liberté sexuelle, faisait subir à ses adeptes l'ovariectomie par écrasement des ovaires.

C'est en 1819, en Angleterre, que BLUNDELL le premier, envisage la stérilisation tubaire. Il la conseille afin d'éviter une seconde césarienne mais se contente de la décrire, sans la pratiquer. Les césariennes n'étaient pas de pratique courante à cette époque, et ce n'est qu'en 1880 que LUNGREN dans l'Ohio, publie le premier cas de ligature des trompes.

... / ...

De 1880 à 1897, 44 cas sont publiés, tous réalisés à l'occasion d'une césarienne.

En 1897, une étape nouvelle est marquée par KEHRER à Heidelberg, qui propose de pratiquer la stérilisation de manière autonome et non plus seulement au cours d'une césarienne. Il utilise la voie d'abord vaginale, et opère une femme qui avait mis au monde sept enfants anormaux. BEUTTNER, la même année, utilise la voie abdominale et décrit une technique qu'il voulait réversible.

La stérilisation masculine par ligature ou section des canaux déférents a succédé aussi à la castration.

En 1894, un Suédois introduisit la pratique de la vasectomie comme traitement des affections prostatiques, et cette méthode connut un vif succès.

Le premier à l'utiliser dans un but eugénique fut SHARP en 1899, qui était médecin d'un pénitencier de l'Indiana.

Elle connut ensuite une grande vogue avec STEINACH en 1918, qui la préconisait comme thérapeutique de rajeunissement.

On ne peut parler de la stérilisation volontaire comme méthode de limitation des naissances sans relater l'évolution des idées, et la vasectomie, plus encore que la stérilisation féminine est l'expression de théories idéologiques. Elle représente pour certains un désir de liberté individuelle, le désir de vaincre les contraintes biologiques de la fécondité. Pour d'autres, elle est un devoir social à une époque où l'on parle de pollution et où on évoque l'avenir de l'humanité entière.

EVOLUTION DES IDEES

L'homme vit depuis toujours en société, les avantages qu'il en retire sont évidents : une production accrue par la répartition des tâches, la protection contre ses ennemis de l'extérieur ou de l'intérieur. En contre-partie surgissent des contraintes, et la société tend à se protéger elle-même par des lois, des tabous, des mythes.

Le problème de la régulation des naissances qui paraît avant tout concerner l'individu ou le couple dans sa recherche du bonheur, intéresse aussi au premier chef la collectivité, que ce soit la tribu, le pays ou même, à l'heure actuelle, l'humanité entière.

Ces deux aspects individuel et social, ne vont pas toujours dans le même sens, malgré toutes les interactions de l'un sur l'autre.

Le jugement moral porté par les sociétés sur le contrôle des naissances a évolué en relation étroite avec les facteurs économiques, politiques et religieux. Il a été influencé aussi par l'image que chaque société s'est faite d'elle-même et par la culture qui en est l'expression.

L'homme subit la pression du milieu socio-culturel où il vit et sa décision en matière de planification familiale, dans la mesure où il a pu décider, c'est-à-dire où il a eu des techniques à sa disposition, même si elle peut lui sembler libre, est fortement influencée par l'image idéale de la famille valorisée dans le milieu où il vit.

Pendant des millénaires, c'est la fécondité qui a été à l'honneur. Les mythes de virilité et de féminité étaient étroitement liés à la procréation. La fécondité était symbole de richesse, de prospérité, et la stérilité de malédiction. Comment se sont formés ces symboles ? On est tenté de penser qu'ils sont, encore plus que les textes de loi, l'émanation de la société en vue de se protéger. Leur base est probablement économique et démographique.

Si autrefois les sociétés étaient généralement hostiles à la limitation des naissances, c'est que dans une civilisation de type rural, chaque enfant représente des bras, donc une richesse. Le problème est tout différent dans notre civilisation urbaine où les enfants sont d'abord une charge plutôt qu'un capital et nécessitent un investissement toujours croissant

... / ...

D'autre part, la mortalité infantile considérable des siècles passés incitait les parents à avoir de nombreux enfants afin qu'il en survive quelques-uns. On ignorait que la multiparité accroissait le risque de mortalité néonatale ou infantile.

La pression sociale contre la limitation des naissances était donc un facteur de survie de la société. Avec les progrès de la médecine, en particulier de la médecine préventive, ce facteur a disparu dans presque tous les pays du monde.

L'absence de protection sociale des vieillards était également un argument en faveur d'une natalité élevée. Un enfant était considéré comme une assurance contre les risques de la vieillesse.

Depuis la création dans les pays industrialisés de systèmes d'assurances sociales, cet argument a été repris un peu différemment par divers démographes dont A. SAUVY. La pyramide d'âge doit être telle, dans un pays, que la population active puisse assurer la prise en charge des enfants et des vieillards.

Toutes les religions ont toujours considéré que la procréation était un devoir envers les dieux. La plupart ont évolué et, actuellement, la religion catholique est la seule à refuser toute autre forme de contrôle des naissances que la continence périodique.

De nos jours, on constate que c'est dans les pays anglo-saxons où prédomine le culte protestant, que s'est développée la contraception. Dans les pays catholiques, sa diffusion rencontre de grands obstacles, mais il est apparu ces dernières années au sein de la communauté catholique, un courant en faveur d'une libéralisation.

La politique joue un rôle très important depuis toujours dans l'attitude face au contrôle des naissances. Nous ne nous y étendrons pas, mais les exemples ne manquent pas qui montrent que suivant la tendance politique du gouvernement au pouvoir, des changements ont pu survenir parfois très rapidement.

Qu'est ce qui a modifié l'attitude mondiale face à la contraception ? C'est d'une part, comme nous l'avons vu, les bouleversements socio-économiques du siècle dernier, mais c'est aussi l'action de propagande de certains individus ou de certains mouvements.

MALTHUS, en 1798, dans son "Essai sur le principe de population" développait l'idée que l'accroissement de la population se fait suivant une progression géométrique, alors que l'accroissement des ressources ne suit

... / ...

qu'une progression arithmétique. Il conluait à la nécessité de limiter la population. Son raisonnement était loin d'être accepté par tout le monde, et on constate que si la bourgeoisie et l'aristocratie françaises du XVIII° siècle pratiquaient la contraception pour ne pas voir disperser leurs biens, ils luttaient contre la baisse de natalité des "classes laborieuses".

En 1838 GALTON, disciple et ami de DARWIN, lançait le mot d'"eugénique". Il pensait que l'on pourrait influencer favorablement l'évolution de l'espèce humaine.

Plus tard, ce sont essentiellement des mouvements dont la principale préoccupation est le respect de l'individu, qui ont lutté en faveur du contrôle des naissances. Leurs arguments sont que l'épanouissement de la famille ne peut se faire lorsque les naissances se succèdent à un rythme accéléré. Des parents ayant peu de ressources financières ne pourront assurer à tous leurs enfants l'éducation leur permettant d'espérer une amélioration de leur niveau de vie. Même au point de vue affectif, il est difficile de subvenir aux besoins d'une nombreuse famille. Paul ROBIN, en France, écrivait : "Avant d'appeler un enfant au monde, il faut autant que possible être assuré que sans prendre la part des autres, il pourra avoir la sienne".

La révolution psychanalytique a encore été dans ce sens, en mettant l'accent sur plusieurs points :

L'importance de la sexualité dans la vie, et le rôle néfaste de sa répression sur la santé physique et mentale.

D'autre part, l'importance des premières années de la vie, et les travaux de Mélanie KLEIN, SPITZ, PIAGET, WALLON, ont montré à quel point l'enfant a besoin de sa mère. Donc, il importe qu'il soit désiré et que la mère soit disponible.

Très clairement d'ailleurs, Sigmund FREUD écrivait en 1898 : "On ne peut nier que les mesures contraceptives deviennent tôt ou tard une nécessité dans la vie conjugale, et que si l'on pouvait faire dépendre la procréation d'un acte volontaire et intentionnel, sans rapport avec l'indispensable satisfaction d'un désir naturel, ce serait sur le plan théorique, l'un des plus éclatants triomphes de l'humanité, un affranchissement tangible des servitudes que nous impose la nature".

Les mouvements en faveur de l'émancipation de la femme ont lutté farouchement pour le contrôle des naissances. C'est un pas essentiel vers l'égalité des sexes que la liberté de choisir volontairement la procréation.

... / ...

Là où la femme a un rôle uniquement familial, où on ne lui reconnait pas la capacité et le droit de se mêler des affaires publiques, où son image de mère et d'épouse est célébrée, la contraception est honteuse, clandestine, et si elle est cependant pratiquée, la responsabilité en incombe à l'homme.

Le développement de la contraception féminine, en particulier du diaphragme, est lié à l'action du mouvement des suffragettes.

Aux Etats-Unis, Margaret SANGER fut la pionnière du "birth-control".

En France, c'est aussi une femme, le docteur WEILL-HALLE, qui fonda le Mouvement Français pour le Planning Familial.

Il nous faut évoquer maintenant le problème très différent qui se pose aux pays en voie de développement.

On constate que si dans les pays industrialisés, le changement d'attitude à l'égard de la régulation des naissances est venu "d'en-bas", dans les pays sous-développés, il a été imposé par les milieux dirigeants.

Dans les pays riches, ce sont les individus qui ont fait bouger la législation. La pratique a été en avance sur la loi. Au contraire dans les pays pauvres, la loie essaie, parfois vainement, de changer les habitudes séculaires. Elle se heurte aux traditions culturelles, religieuses, ancrées depuis des siècles qui font obstacle aux impératifs économiques, démographiques, politiques.

Il est difficile de schématiser dans ce domaine, et nous devons ajouter que dans les pays en voie de développement, on trouve des situations extrêmement diverses. Deux exemples frappants sont celui de la Haute-Volta, et celui de l'Inde.

En Haute-Volta, la population est de cinq millions d'habitants, pour un pays grand comme la moitié de la France. La mortalité infantile est de 50 % avant 5 ans. Une femme doit avoir dix enfants pour en conserver cinq. Il faut des bras pour cultiver la terre dans ce pays rural à 85 % où les seules ressources sont agricoles et où les machines manquent totalement, la limitation des naissances y serait un suicide. Par contre, l'espacement des naissances en fonction des ressources de la famille et de la santé de la mère y est une nécessité absolue.

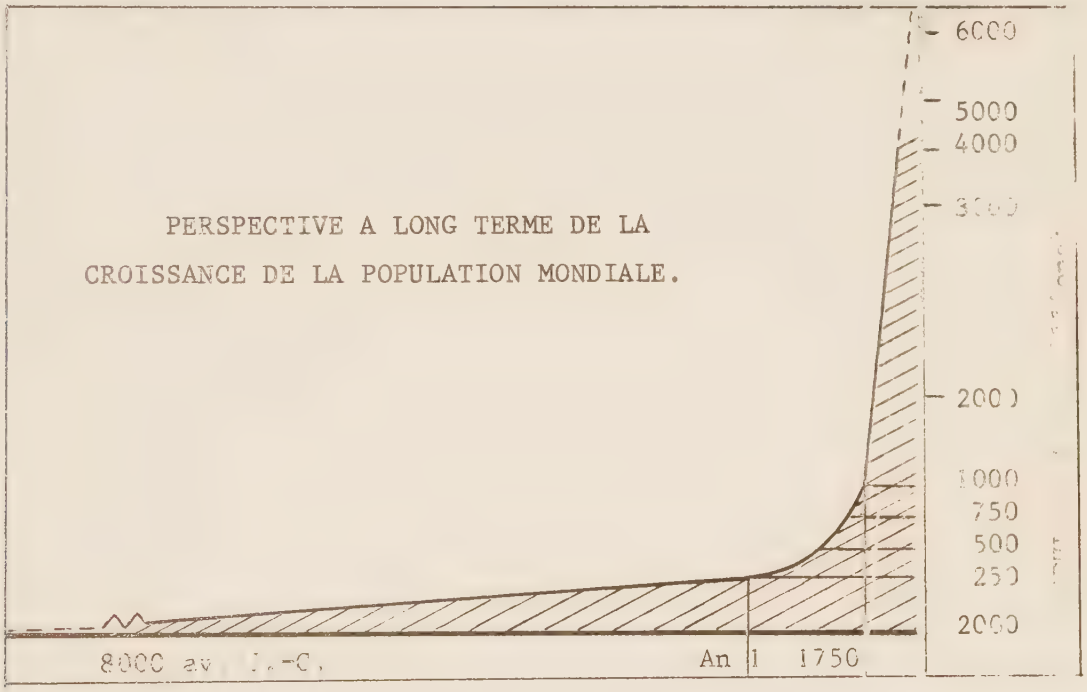
A l'inverse, l'Inde ne peut déjà, et à plus forte raison ne pourra dans l'avenir, subvenir aux besoins d'une population de plus de 500 millions d'habitants. Malgré les traditions religieuses et culturelles,

... / ...

les pouvoirs publics y ont décidé depuis plus de vingt ans d'encourager la population à restreindre les naissances.

Sur le plan mondial, on assiste à une prise de conscience de la nécessité de solidarité de l'espèce humaine. Adlai STEVENSON a comparé le globe à un immense vaisseau cosmique qui vogue dans l'univers. Les ressources y sont limitées et la consommation y entraine un certain degré de pollution qui menace l'humanité entière. Il apparaît donc clairement que tôt ou tard, la population mondiale devra être limitée. Il semble préférable de le faire par un contrôle de la natalité, plutôt que par une augmentation de la mortalité.

Un certain nombre de mouvements nés pour la plupart en Angleterre ou aux Etats-Unis, militent donc pour la limitation des naissances à deux enfants par couple.



Si la société a un rôle à jouer pour influencer la natalité, c'est à l'individu qu'appartient en dernier ressort la décision, comme l a souligné le secrétaire général de l'O. N. U., U THANT, lors de la journée des Droits de l'Homme, en 1967.

"La déclaration universelle des droits de l'homme décrit la famille comme l'élément naturel et fondamental de la société. Il s'ensuit que tout choix et toute décision concernant les dimensions de la famille appartiennent irrévocablement à la famille elle-même, et à elle seule

Mais ce droit qu'ont les parents d'exercer ce libre choix demeurera illusoire tant qu'ils ne seront pas conscients des possibilités qui s'offrent à eux. C'est pourquoi le droit de chaque famille d'être informée et de pouvoir faire appel à des services spécialisés dans ce domaine, est de plus en plus largement considéré comme un droit fondamental de l'homme et comme un élément indispensable de la dignité humaine".

Et une déclaration d'une trentaine de chefs d'états du Tiers Monde disait : "Nous croyons que la planification de la famille a pour objet d'enrichir la vie humaine, non de la limiter, et qu'en améliorant les chances de chacun, elle donne à l'homme la possibilité de faire triompher sa dignité individuelle et de s'épanouir pleinement".

PLACE DE LA STERILISATION PARMI LES METHODES DE CONTRACEPTION

Nous avons vu sous la poussée de quelles forces se fait l'extension massive de la contraception à travers le monde :

- au niveau individuel : l'aspiration à la liberté, au bonheur et à la santé que l'on a tendance à considérer comme un droit, le désir d'accéder à une vie sexuelle libérée de la hantise des grossesses non désirées, la tendance à l'émancipation de la femme, la responsabilité à l'égard des enfants à naitre;

- au niveau collectif : les problèmes démographiques et économiques propres à chaque pays, la notion de ressources limitées de la planète et de la pollution croissante.

Si la stérilisation chirurgicale est à l'ordre du jour, c'est que le progrès des techniques en a fait une intervention actuellement bénigne, dont la mortalité et la morbidité sont très faibles, et dont l'efficacité est très grande. De plus en plus de couples y recourent, et de nombreux gouvernements l'incluent dans leurs programmes de réduction de la natalité.

Nous allons résumer les principales pratiques contraceptives en usage :

1° Coït interrompu :

Cette méthode est très largement répandue dans de nombreux pays d'Europe et du Proche-Orient. Elle n'exige pas de préparation spéciale et ne coute rien. La responsabilité en incombe à l'homme seul.

Les inconvénients sont la maîtrise qu'elle exige de la part de l'homme pour être efficace, les échecs possibles du fait de la présence possible de spermatozoïdes dans l'urêthre avant l'éjaculation, et les nombreux effets secondaires qu'on lui a attribués. Citons l'affirmation du Larousse du XX° siècle : "le coïtus interruptus entraine la névrose d'angoisse". L'usage de cette méthode est inversement lié au degré de développement socio-économique.

... / ...

2° Injection vaginale :

Encore utilisée dans les milieux pauvres et mal informés, mais en très nette régression.

L'efficacité en est très faible puisqu'on a pu observer des spermatozoïdes dans le mucus cervical moins de 90 secondes après l'éjaculation. D'autre part, l'usage trop fréquent ou concentré de solutions antiseptiques déséquilibre la flore vaginale physiologique.

3° Les méthodes de continence périodique

Leur avantage est d'être admises par l'Eglise Catholique Romaine, elles sont très utilisées dans les pays catholiques, mais leur application nécessite un niveau d'instruction, de compréhension et de motivation élevé.

L'efficacité est très variable, suivant la définition de la "période sure" mais d'autres causes d'échec sont la variabilité des cycles d'une femme à l'autre et chez la même femme, et les erreurs de calcul ou d'interprétation de la courbe thermique.

Pour avoir une bonne efficacité, cette méthode ne permet les rapports qu'un très petit nombre de jours dans le cycle.

4° Les spermicides

Leur emploi est simple et peu coûteux, en revanche, la sécurité qu'ils assurent n'est pas grande.

Leur usage n'est pas très répandu de façon isolée, ils sont en général associés au diaphragme vaginal.

5° Le diaphragme

Couramment employé avant l'introduction des contraceptifs oraux (environ un quart des couples employant un procédé contraceptif aux Etats-Unis), son taux d'utilisation est descendu après 1965 à environ un dixième de toutes les méthodes utilisées, toujours aux Etats-Unis.

Ses inconvénients sont qu'il nécessite d'une part un examen gynécologique et un apprentissage par une personne qualifiée, d'autre part, une discipline de la part de la femme qui l'utilise. Par contre, les effets secondaires sont nuls. Les risques d'échec sont dus à la mauvaise adaptation de la taille, à l'erreur dans la pose ou simplement à son omission par la femme.

... / ...

6° Le préservatif masculin

Comme le diaphragme, il était très répandu dans les pays anglo-saxons avant l'apparition de la "pilule", 27 % des couples pratiquant la contraception l'employaient en 1955. En 1965, le taux était tombé à 18 %. Il protège également contre les contaminations vénériennes. Les échecs peuvent résulter d'une déchirure du préservatif ou, comme pour le diaphragme, de son omission.

7° Les contraceptifs oraux

Ils sont actuellement la méthode la plus sûre et la plus acceptable. Leur diffusion est très grande. Dans les cinq ans qui ont suivi leur apparition aux Etats-Unis, ils ont atteint le quart des pratiques contraceptives utilisées. En Amérique du Sud, au Canada, en Australie et Nouvelle-Zélande, en Europe, ils sont très largement employés. Leur acceptabilité est plus grande que celle des moyens mécaniques, ce qui est prouvé par le taux de continuité. Une enquête faite aux Etats-Unis montre un taux de 73 % de couples utilisant encore la méthode après deux ans.

Le taux d'échec est pratiquement nul avec les oestroprogestatifs de type associé, il est de 0,3 pour 100 femmes par an pour la méthode séquentielle. Par contre, l'oubli d'un ou plusieurs comprimés dans le cycle est une cause d'échec.

Les effets secondaires ont été très controversés. Les troubles mineurs tels nausées, tension mammaire, métrorragies, maux de tête et chloasma disparaissent souvent après le début du traitement. Les seuls accidents graves sont dus aux troubles de la coagulation entraînés par la composante oestrogénique. Ils sont heureusement fort rares.

Les modifications de l'humeur et de la libido sont trop subjectifs pour être "mesurés" scientifiquement et, d'autre part, sont trop influencés par les facteurs culturels : image de la femme dans la société, campagnes de presse parlant des dangers de la pilule, etc...

8° Les dispositifs intra-utérins ou D. I. U.

On pense qu'il y a environ 6 millions de femmes dans le monde portant actuellement un stérilet régulièrement, dont un à deux millions aux Etats-Unis. Nombre de programmes de planning familial les ont utilisés en particulier en Inde, au Pakistan, en Corée du Sud et à Formose.

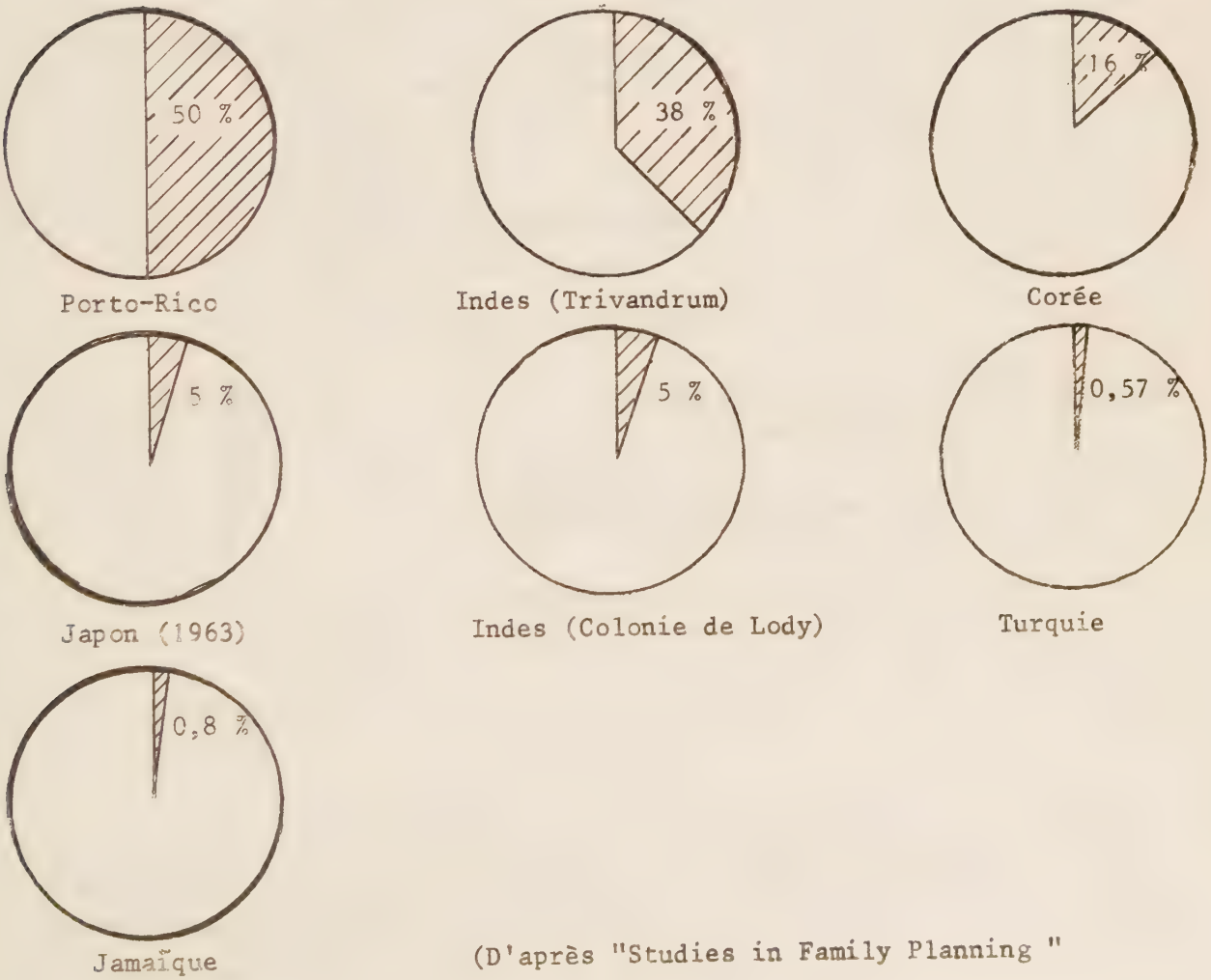
L'avantage du D. I. U. est qu'une fois posé par un médecin, il n'exige plus aucune manipulation de la part de la femme. Ceci est un

avantage non seulement pour les femmes qui ne veulent s'astreindre ni à la prise quotidienne de la pilule ni à la manipulation exigée par le diaphragme, mais aussi du point de vue des programmes de limitation des naissances.

Par contre, ses inconvénients ne sont pas négligeables. Echecs : soit par grossesse sous stérilet, soit après son expulsion par l'utérus. Métrorragies, infections génitales, etc... Exceptionnellement, perforation de l'utérus.

Nous arrivons maintenant aux méthodes de stérilisation chirurgicale.

FREQUENCE RELATIVE DE LA STERILISATION FEMININE ET DES AUTRES METHODES CONTRACEPTIVES DANS DIFFERENTES REGIONS



(D'après "Studies in Family Planning " No.7, juin 1965)

.. / ...

En ouvrant la consultation de Planning Familial de Lausanne en 1959, MERZ a étudié la place de la stérilisation par rapport aux méthodes de contraception temporaire sur 300 cas.

Il a noté la méthode utilisée antérieurement, puis celle recommandée par le Centre.

Méthode utilisée avant la consultation :

- Aucune	40 %
- Coïtus interruptus	13 %
- Contraceptifs oraux	9,5 %
- Spermicides	5 %
- Préservatifs masculins	13 %
- Diaphragme vaginal	6 %
- Méthode Ogino	8,5 %
- Méthode des températures	5 %

Méthode conseillée

- Contraceptifs oraux	61,5 %
- Diaphragme	30,4 %
- Stérilet	6,2 %
- Méthode des températures	0,3 %
- Stérilisation du mari	1 %
- Stérilisation de la femme	0,6 %

PART RELATIVE DES STERILISATIONS FEMININE ET MASCULINE

Stérilisations féminines (0,6 %)

Stérilisations masculines (1,0 %)

Dans une étude sur l'efficacité et les risques liés aux méthodes de contrôle des naissances, POTTS et SWYER ont comparé la mortalité due respectivement à la stérilisation chirurgicale, aux autres méthodes contraceptives, à l'avortement, à la grossesse.

... / ...

TECHNIQUE CONTRACEPTIVE	MORTALITE ANNUELLE/MILLION D'UTILISATEURS
1. Contraceptifs oraux :	
- Oestroprogestatifs	
Groupe d'âge :	
20 - 34	13
35 - 44	34
- Progestatif seul :	0
2. D. I. U.	estimé à 2 ou 3
3. Stérilisation chirurgicale :	
- Ligature tubaire	estimé à 10 - 20
- Vasectomie	0
Avortement légal	6 - 400
Avortement criminel	estimé 500 - 1000
GROSSESSE	**MORTALITE ANNUELLE/MILLION**
1. Angleterre 1966	
Tous âges	223
Groupe d'âge 35 - 44	576
2. Colombie 1963	
(tous âges)	7 250
3. Ceylan 1963	
(tous âges)	2 959

Ils comparent ensuite les taux d'échecs de chaque méthode contraceptive.

METHODE	GROSSESSE PAR 100 ANNEES - FEMME D'EXPOSITION
Stérilisation	0.02
Contraception orale	0.1
D. I. U.	2
Préservatifs et diaphragmes	15
Spermicides, coït interrompu et continence périodique	25

... / ...

Il faut savoir qu'en l'absence de toute contraception, le nombre de grossesses est d'environ 80 pour 100 années - femme d'exposition. On voit que la méthode la plus efficace est de loin la stérilisation chirurgicale, féminine ou masculine.

En combinant les résultats de ces deux tableaux, les auteurs calculent la mortalité totale pour une méthode contraceptive, que la mort puisse être due à la contraception ou à la grossesse résultant de l'échec de cette contraception.

Le taux de mortalité par grossesse qui est retenu est celui de l'Angleterre : 223 par million.

Méthode	Nombre de grossesses par million d'utilisa-teurs	Mortalité par million d'utilisateurs, due à... la grossesse	la méthode	Total
Contraceptifs oraux	1 000	0	21	21
D. I. U.	20 000	5	inconnu	inconnu
Préservatifs et diaphragmes	150 000	33	0	33
Spermicides, coït interrompu et continence périodique	250 000	56	0	56
Stérilisation masculine et féminine	400	0	15	15
Rapports non protégés	800 000	223	0	223
Avortement légal	800 000	0	20	20

On voit donc que la méthode entrainant la mortalité la plus faible est la stérilisation chirurgicale et que la fécondité naturelle d'un couple entraine un taux de mortalité presque quinze fois supérieur.

Plus anecdotique est la comparaison qu'ils font de la mortalité due à la contraception orale et de celle due à l'alcool ou au tabac.

... / ...

Le taux de mortalité par million, dû à l'alcoolisme ou à la cirrhose du foie varie de 30 en Angleterre à 460 en France.

Quant au tabac, la mortalité excédentaire qu'on peut lui attribuer (due au cancer du poumon ou à une thrombose coronarienne) va de 870 à 3 770/million chez l'ouvrier anglais. POTTS et SWYER concluent que si on compare leur taux respectif de mortalité, prendre une pilule contraceptive équivaut à fumer un tiers de cigarette par jour pendant trois semaines sur quatre.

Les auteurs proposent enfin à un couple désirant deux ou trois enfants, trois possibilités rationnelles :

1. L'usage prolongé de contraceptifs oraux.
2. L'usage de méthodes réversibles moins efficaces, combiné à la possibilité d'avortement légal.
3. La stérilisation chirurgicale.

ASPECTS JURIDIQUE ET MEDICO-LEGAL DE LA STERILISATION CHIRURGICALE

Les attitudes et les lois concernant la stérilisation sont très diverses à travers le monde, reflétant l'histoire, la culture, les conditions économiques du pays.

Du point de vue juridique, il faut nettement distinguer la stérilisation comme conséquence d'une autre intervention, qui n'est en général pas envisagée par la loi, de la stérilisation préventive dont le seul souci est de prévenir une nouvelle grossesse, soit dans un but thérapeutique, soit dans un but eugénique.

La stérilisation eugénique protège la société contre les individus tarés, la stérilisation thérapeutique protège la mère dans sa vie ou dans sa santé.

Une tendance se fait jour de plus en plus vers une "socialisation" des indications médicales, c'est-à-dire que la santé est envisagée non plus dans un sens restrictif, mais au sens que lui a donné l'O. M. S. : "un état de complet bien-être physique, mental et social".

Les textes de lois se montrent beaucoup plus précis quant aux indications eugéniques (qui ne sont pas du seul ressort du médecin) que pour les indications médicales sur lesquelles les juristes, heureusement, n'ont pas gardé la haute main.

C'est à la fin du XIX° siècle qu'on commence à stériliser pour des raisons eugéniques.

Aux Etats-Unis, les premières lois datent du début du siècle et concernent les stérilisations eugéniques. Elles visent à lutter contre la criminalité.

Au Kansas, au milieu du siècle dernier, quelques débiles mentaux avaient subi une opération mutilante qui fut désapprouvée par l'opinion publique et, en 1897, un projet de loi visant à autoriser la stérilisation eugénique au Michigan fut repoussé.

. . / ...

En 1907, dans l'Indiana, une loi dans ce sens est votée mais cassée vingt ans plus tard par un arrêt de la Cour Suprême.

La pratique de stérilisations eugéniques se poursuivit, les sujets stérilisés étant surtout des psychopathes, des débiles mentaux et quelques criminels.

En 1928, le nombre des stérilisations atteignait 8 515 sur le territoire des Etats-Unis, dont 5 800 pour la Californie seule, à peu près réparties dans les deux sexes.

Les lois étaient à l'origine des lois de défense sociale, mais à cette époque naquirent différentes "Sociétés d'Eugénisme" qui tentèrent de leur faire prendre un caractère racial. En effet, les statistiques montraient une natalité beaucoup plus élevée chez les Noirs et chez les immigrants que dans la population "américaine".

En 1932, le principe de la stérilisation eugénique est adopté par le Congrès. Les indications varient d'un état à l'autre, les plus fréquentes s'appliquent aux débiles mentaux, aliénés, criminels habituels, épileptiques et pervers sexuels. Moins fréquemment, on trouve : les idiots, les imbéciles, les syphilitiques et certains individus "à potentiel héréditaire inférieur".

En 1939, une législation sur la stérilisation existait dans dix-neuf états et la stérilisation des criminels était obligatoire dans sept d'entre eux.

Ces chiffres ne sont pas négligeables puisqu'en 1955, un total de 57 218 stérilisations avaient été pratiquées dans vingt-huit états. 34 000 sur des femmes et 29 000 sur des hommes. Les motifs étaient les suivants :

- aliénation mentale : 44 % (en particulier psychose maniaco-dépressive chez les femmes et démence précoce chez les hommes) ;
- faiblesse d'esprit : 51 %
- criminalité, épilepsie et perversions sexuelles : 5 %.

Actuellement, vingt-huit états autorisent la stérilisation et vingt-deux peuvent l'imposer. Au New Hampshire, la stérilisation est exigée avant de délivrer aux épileptiques et aux débiles mentaux l'autorisation de mariage.

Par contre, cinq états seulement autorisent la stérilisation volontaire pour des motifs socio-économiques.

. . / ...

La législation des pays scandinaves autorise en général la stérilisation volontaire.

Déjà en 1934, la Suède promulgue une loi fort avancée pour cette époque, puisque, modifiée en 1941, elle reste depuis cette date une des plus libérales en Europe et même dans le monde. En 1934 donc, paraît le "SWEDISH STERILIZATION ACT", autorisant la stérilisation préventive des personnes "reconnues incapables, à cause d'une maladie ou d'une débilité mentale de donner un consentement autorisé, et qui, à cause de ce désordre mental, ne peuvent s'occuper d'enfants ou peuvent leur transmettre une tare".

Cette loi a donc une visée partiellement eugénique, mais envisage également la responsabilité à l'égard de l'enfant à naître. Par contre, elle se préoccupe peu des indications médicales.

En 1941 entre en vigueur l'acte actuel. Il s'applique aux stérilisations féminine et masculine, mais n'autorise pas la castration.

Les motifs peuvent être eugéniques, sociaux (maladie mentale, débilité, conduite asociale ne permettant pas d'assumer la charge des enfants), ou médicaux : maladie somatique ou psychique mettant en danger la santé de la mère en cas de grossesse. Ceci, bien entendu, ne s'applique qu'à la stérilisation féminine.

La stérilisation pour des motifs de convenance n'est pas permise, non plus que pour des raisons purement socio-économiques, mais la loi envisage la faiblesse ou l'épuisement de la mère, ce qui permet de faire entrer un certain nombre d'indications socio-économiques dans les indications médicales.

Ces règles sont les mêmes que pour l'avortement thérapeutique, la permission préalable doit être demandée au "BOARD of HEALTH" sauf en cas d'urgence et pour des raisons somatiques.

On verra plus loin que dans les débuts, l'application de cette loi a donné lieu à des erreurs graves, comme celle qui a consisté à exiger des femmes demandant un avortement, qu'elles acceptent également d'être stérilisées. Cette pratique a heureusement été abandonnée par la suite.

Il faut remarquer que si la loi autorise la stérilisation de la femme pour "faiblesse physique", elle n'autorise pas le mari à subir l'intervention en raison de la santé de sa femme.

Les dispositions légales au Danemark et en Norvège sont à peu près semblables.

... / ...

En Finlande par contre, une personne normale peut demander d'être stérilisée "s'il existe une possibilité que son enfant, par mariage, soit mentalement déficient". Ceci permet la stérilisation de l'homme pour éviter l'intervention moins bénigne sur sa femme.

En Allemagne, la loi du 14 juillet 1933 tristement célèbre, avait pour but d'éviter la transmission des tares héréditaires. Les motifs de stérilisation incluaient entre autres la "faiblesse mentale congénitale" et l'alcoolisme grave. La preuve de la transmission héréditaire n'était pas nécessaire, la certitude quasi-péremptoire étant suffisante.

La demande était établie soit par le "malade", soit par un médecin, soit par le directeur d'une clinique, d'un asile ou d'une prison. Elle était adressée au Tribunal de santé héréditaire.

Cette loi, qui a permis plus de 200 000 stérilisations dans les années qui ont suivi, a été abolie en 1945 mais pas toujours dans sa totalité (dans certains Länder).

Actuellement toutefois, la stérilisation eugénique a mauvaise presse en Allemagne, et on ne pratique de stérilisation préventive que pour motif médical : éviter un danger grave à la femme.

Les pays de l'Europe de l'Est n'ont pas en général de lois sur la stérilisation, à l'exception de la Tchécoslovaquie où la stérilisation peut être autorisée avec le consentement du patient pour des motifs médicaux ou eugéniques. La demande doit être adressée par écrit par l'intéressé ou son médecin au président d'un conseil nommé par l'Institut de Santé Publique du district.

En Inde, la position de la loi à l'égard de la stérilisation est mal définie, bien que la politique gouvernementale encourage au maximum toutes les campagnes de réduction de la natalité.

Au Japon, les motifs permettant la stérilisation avec le consentement de l'intéressé, sous réserve aussi du consentement de son conjoint, sont nombreux. Ils comprennent les maladies héréditaires, les maladies ou malformations physiques, les maladies mentales de l'intéressé, de son conjoint, ou d'un parent consanguin de l'un des deux, la lèpre si elle peut être transmise, la possibilité que la grossesse ou l'accouchement

mettent en danger la vie de la mère, et enfin la santé défaillante de la mère ayant déjà plusieurs enfants et dont l'état semble gravement affecté par chaque naissance.

Un autre aspect de cette loi de "protection eugénique" prévoit la possibilité de pratiquer la stérilisation obligatoire lorsque l'intervention est faite dans l'intérêt de la collectivité, sous réserve d'une enquête de la commission de protection eugénique. La loi prévoit des garanties qui permettent à l'intéressé ou à sa famille de faire objection et d'obtenir la révision du cas.

La stérilisation à visée eugénique est également autorisée au Canada où dans la province d'Alberta une loi de 1928 autorise la stérilisation volontaire des malades des hôpitaux psychiatriques avant leur retour dans la vie normale, ceci dans le but d'éviter la multiplication des maladies mentales.

En Belgique, la pratique est quelque peu en contradiction avec l'opinion des juristes qui estiment que : "le consentement de l'opérée ne suffit pas à légitimer l'intervention. Toute intervention ne se justifie que par un diagnostic précis et lorsqu'elle est susceptible d'apporter un secours bienfaisant. C'est pourquoi les opérations, ayant pour but principal de créer la stérilisation chez l'homme ou chez la femme, ne peuvent être admises tant déontologiquement que légalement lorsqu'elles visent uniquement à satisfaire des mobiles particuliers tendant à mettre fin par exemple à une fécondité trop généreuse".

On constate au contraire que le chiffre global des stérilisations pratiquées a augmenté considérablement, passant dans le service du professeur SNOECK à l'hôpital universitaire Saint-Pierre, de 0,7 % des accouchements en 1951-1952, à 4,1 % en 1959-1960. La fréquence des indications médicales pures tend à diminuer alors que les indications médico-sociales ou sociales pures (essentiellement multiparité) ont beaucoup augmenté.

En Italie, une loi de 1942 qui n'a jamais été appliquée, mais qui n'est toujours pas abolie, oblige le médecin à dénoncer au médecin officiel de sa province, tout traitement capable de provoquer la stérilité chez les femmes.

En Suisse, des stérilisations pour indications socio-économiques ou psychologiques sont pratiquées depuis de nombreuses années. Il n'existe pas de législation restrictive.

La stérilisatinn eugénique est autorisée dans le canton de Vaud, assortie de précautions (enquête).

En Grande-Bretagne, il n'existe pas de texte de loi concernant la stérilisation, mais les associations médicales après avis juridique la considèrent comme légale sous réserve que l'intéressé *comprenne* l'intervention et y consente. Des formulaires de consentement soigneusement rédigés sont utilisés ; ils demandent la signature du patient et de son conjoint.

Les indications peuvent être médicales ou sociales, ou le plus souvent médico-sociales puisque la santé et le bien-être d'une famille entière sont souvent en jeu.

En France, l'évolution des idées et des faits a été considérablement retardée par la loi de 1920. Cette loi répressive votée au lendemain de l'hécatombe que fut la première guerre mondiale, interdisait toute propagande au sujet de la limitation des naissances et des moyens anti-conceptionnels, y-compris la stérilisation.

Cette loi a isolé la France du reste du monde en matière de contraception. La loi de 1967 a heureusement permis de rattraper en partie le retard accumulé, mais elle n'envisage pas la stérilisation préventive en tant que méthode de contrôle des naissances.

Il n'existe pas de texte législatif réglementant la stérilisation féminine préventive qui est un moyen thérapeutique à la disposition du médecin ; cependant, comme pour tout acte médical, le médecin peut être amené à en répondre devant la justice.

Ceci sur deux plans :

1° Celui de la responsabilité civile si la patiente s'estime lésée et intente une action à l'encontre de son médecin.

2° Celui de la responsabilité pénale si une poursuite devant les tribunaux correctionnels est entamée, soit par la patiente ou sa famille, soit par le Parquet.

L'article 316 du Code Pénal dit : "Toute personne coupable du crime de castration subira la peine de travaux forcés à perpétuité.

Si la mort en est résultée avant l'expiration des quarante jours qui auront suivi le crime, le coupable subira la peine de mort". S'il n'y a pas eu ablation des organes génitaux mais seulement suppression de la capacité de reproduction, il pourra être poursuivi pour coups et blessures involontaires.

Article 319 : "Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements aura commis involontairement un homicide ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende".

Article 320 : "S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution que des blessures ou coups, le coupable sera puni de six jours à deux mois d'emprisonnement, et d'une amende ou de l'une de ces deux peines seulement".

Cependant, le médecin a heureusement le droit d'intervenir sur le corps humain dans le but de guérir ou *de prévenir* la maladie. Ceci n'est valable qu'avec le consentement de l'intéressé ou de sa famille et ce consentement doit être *libre* et *éclairé*.

Il faut remarquer que ce consentement n'est pas suffisant pour légitimer une intervention qui n'aurait pas été motivée par l'amélioration de la santé du sujet.

C'est ainsi qu'en 1937 la Cour de Cassation a rendu un arrêt qui a fait jurisprudence dans "l'affaire des stérilisations de Bordeaux". Un groupe d'anarchistes refusant de fournir aux bourgeois "de la chair à canons" s'était fait stériliser par ligature des canaux déférents. L'opérateur qui n'était pas médecin fut condamné à une peine d'emprisonnement et à une amende pour "coups et blessures volontaires" commis avec préméditation, selon les articles 309 et 310.

Article 309 : "Tout individu qui, volontairement, aura fait des blessures ou porté des coups, ou commis tout autre violence ou voie de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences une maladie ou une incapacité de travail personnel pendant plus de vingt jours, sera puni d'emprisonnement de deux à cinq ans, et d'une amende. Il pourra, en outre, être privé des droits mentionnés en l'article 42 du présent Code pendant cinq ans au moins et dix ans au plus à compter du jour où il aura subi sa peine. Quand les violences ci-dessus exprimées auront été suivies de mutilation, amputation, ou privation de l'usage d'un

... / ...

membre, cécité, perte d'un oeil, ou autres infirmités permanentes, le coupable sera puni de la réclusion. Si les coups portés ou les blessures faites volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée, le coupable sera puni de la peine des travaux forcés à temps".

Article 310 : "Lorsqu'il y aura eu préméditation ou guet-apens, la peine sera, si la mort s'en est suivie, celle des travaux forcés à perpétuité ; si les violences ont été suivies de mutilation, amputation ou privation de l'usage d'un membre, cécité, perte d'un oeil ou autres infirmités permanentes, la peine sera celle des travaux forcés à temps ; dans le cas prévu par le premier paragraphe de l'article 309, la peine sera celle de la réclusion".

Les inculpés ont fait appel, mais la Cour de Cassation a confirmé le jugement en ajoutant :

"Les prévenus ne pouvaient invoquer le consentement des opérés comme exclusif de toute responsabilité pénale, ceux-ci n'ayant pu donner le droit de violer sur leurs personnes les règles qui régissent l'ordre public".

Cet arrêté a fait jurisprudence en matière de stérilisation masculine, qui est donc formellement interdite en France.

La stérilisation féminine préventive pose un tout autre problème puisque la santé ou la vie de la femme peut être menacée par une grossesse.

Il est des cas évidents et nous dresserons plus loin la liste des indications médicales indiscutables. C'est lorsque la vie de la mère peut être mise en danger par une grossesse supplémentaire.

Les problèmes surgissent lorsqu'il ne s'agit que de la santé de la mère et ils résident dans la grande difficulté d'en apprécier les limites et les critères.

Nous allons voir quelle est en France la position prise par les deux instances médicales faisant autorité

L'Académie de Médecine, sur le rapport du professeur PIEDELIEVRE en 1954, adopte les conclusions suivantes :

"Est autorisée la stérilisation préventive des femmes présentant une maladie indiscutablement non curable dans l'état actuel

de la science et exposées à de très graves complications pouvant entrainer la mort, en cas de grossesse ultérieure, cela sous réserve, comme dans l'éventualité d'un avortement thérapeutique, d'une consultation préalable de trois médecins, dont un expert au tribunal avec protocole établi en cinq exemplaires destinés : au Conseil National de l'Ordre des Médecins, à la malade, à chacun des trois médecins"...

"Il ne saurait être question d'autoriser pareille intervention dans les maladies mentales, ni dans les cas où la femme présente une affection pouvant évoluer vers la guérison (par exemple certaines tuberculoses) ni dans les cas mineurs (par exemple pour préserver un périnée cicatriciel).

Il ne saurait être question d'interdire la stérilisation comme complément d'intervention au cours d'opération, par exemple une césarienne... ni quand elle est imposée par l'état anatomique constaté. C'est alors une décision à prendre d'urgence, elle ne relève que de la conscience du chirurgien".

Quelques mois plus tard, en avril 1955, le Conseil National de l'Ordre précise lui aussi sa position :

"La stérilisation préventive à but uniquement anti-conceptionnel est rigoureusement interdite. Pratiquée dans un esprit de thérapeutique préventive et intervenant dans des circonstances exceptionnelles, elle demeure un acte lourd de conséquences en opposition avec la morale la plus généralement admise. Le médecin qui, en conscience, et pour des motifs scientifiquement défendables pratique une stérilisation préventive en assume l'entière responsabilité."

Le Conseil National de l'Ordre conseille en pareille circonstance :

Premièrement, la rédaction par le médecin d'un protocole à son propre usage, expliquant les raisons qui l'y ont déterminé.

Deuxièmement, la notification de sa décision au Conseil de l'Ordre, sans indication de personne.

Le professeur PIEDELIEVRE, dans son rapport à l'Académie de Médecine, disait aussi :

"Les stérilisations préventives ne peuvent être qu'exceptionnelles, il n'apparaît pas qu'il soit nécessaire d'envisager à ce point de vue, une règlementation comparable à celle de l'avortement

... / ...

thérapeutique. Il importe de laisser la liberté aux médecins. C'est à eux de prendre leurs responsabilités. Il ne faut pas officialiser en quelque sorte de telles interventions qui relèvent uniquement de la conscience du médecin".

Les médecins français ne souhaitent donc pas une règlementation juridique rigide, mais soulignent que c'est une affaire de conscience du médecin.

C'est le critère des intentions qui leur paraît essentiel, et seules les indications médicales sont admises.

DONNEES GENERALES SUR LA PRATIQUE DE LA STERILISATION CHIRURGICALE

Nous allons tenter, d'après les données fournies par diverses enquêtes, de situer l'incidence mondiale de la stérilisation et sa répartition géographique qui est très inégale comme on pouvait s'y attendre. Nous verrons ensuite quelles sont les personnes concernées par la stérilisation chirurgicale, en fonction des indications, de la taille de la famille, du niveau socio-culturel et de l'emploi antérieur d'une méthode contraceptive.

I - FREQUENCE GENERALE SUIVANT LES PAYS

Aux Etats-Unis

CAMPBELL rapporte les résultats d'une enquête faite en 1960 par le Scripps Fond et le Survey Research Center de l'Université du Michigan.

Les personnes interrogées étaient des femmes de dix-huit à trente-neuf ans, mariées. Ceci sur tout le territoire américain.

Les réponses montrent que dans un coupe sur dix, le mari ou la femme a subi une intervention rendant impossible toute possibilité ultérieure de conception. Ceci comprend non seulement les stérilisations préventives mais aussi les opérations à visée thérapeutique, hystérectomie, salpingectomie, interventions sur la prostate...

Pour 60 % des ces couples, le but de l'intervention était la prévention des naissances.

Ceci conduit donc CAMPBELL à penser qu'entre 1955 et 1960, 200 000 stérilisations ont été effectuées chez des femmes de dix-huit à trente-neuf ans ou chez leur mari :

- 110 000 "contraceptives" ;
- 90 000 "thérapeutiques".

En 1969, WESTOFF et RYDER publient une enquête portant sur des couples dont la femme est âgée de dix-huit à trente-neuf ans. 14 % des

. . / ...

couples interrogés étaient stériles après intervention dont 11 % sur la femme et 3 % sur l'homme. Il faut noter que si l'opération est pratiquée à des fins exclusivement contraceptives chez presque tous les hommes, elle ne l'est que dans moins de la moitié des cas chez la femme.

ADAMS en 1964, indique le nombre de stérilisations pratiquées au Wilcox Memorial Hospital, par rapport aux accouchements. Il passe de 4,2 % en 1955 à 6,8 % en 1962.

NICHOLS, en 1968, pense que 1 % des dix-neuf millions de femmes mariées ayant entre dix-huit et trente-neuf ans se font stériliser chaque année. Il donne également le taux de 3,2 % de stérilisations puerpérales sur l'ensemble des Etats-Unis, mais cette fréquence atteint pour certains états du continent 4,5 % et, à Honolulu 5,7 % (OVERSTREET, 1963).

Le cas de Porto-Rico est assez particulier puisque cet état a servi de terrain d'expérimentation en matière de contraception pour les Etats-Unis. La stérilisation puerpérale y atteint un record de 18 %.

Trois enquêtes faites respectivement en 1947 par HATT, en 1953-1954 par HILL et en 1965 par PRESSER, montrent à quel point la ligature tubaire, en tant que technique de contraception, s'est répandue. Les chiffres portent sur les femmes en âge de procréer.

En 1947, 7 % de ces femmes avaient été stérilisées, ce taux est passé à 16 % en 1953-1954, pour atteindre 32 % dans la dernière étude. C'est une proportion qui n'est égalée nulle part ailleurs. La stérilisation tubaire à Porto Rico est considérée comme une opération absolument normale, banale et si courante qu'elle y est communément désignée comme "la operacion".

Par contre, la stérilisation masculine y est très rare. L'Association Porto-Ricaine de planification de la famille s'emploie à la diffuser et en 1969, a réussi à convaincre un quart des couples demandant une stérilisation, d'opter pour la vasectomie (PRESSER, 1969).

Dans les autres états américains aussi, la stérilisation masculine, bien que moins fréquente que la féminine, est en augmentation. En 1967, FERBER et TIETZE avancent le nombre de 45 000 vasectomies par an. DAVIS et HULKA, en 1970, évaluaient à 100 000 par an les stérilisations chirurgicales aux Etats-Unis, dont 37 % de masculines.

En Grande-Bretagne

POTTS estime, en 1970, que 20 000 femmes environ sont stérilisées chaque année.

Un questionnaire envoyé à cinquante services de gynécologie-obstétrique anglais par BLACKER et PEEL en 1969, fait ressortir que les stérilisations tubaires représentent 2,2 % de toutes les interventions pratiquées.

Le nombre des vasectomies est plus mal connu. Il est probablement de quelques milliers par an. Le "Simon Population Trust" qui milite en faveur de la propagation de la stérilisation en Grande-Bretagne, et plus particulièrement de la vasectomie, a pour sa part contribué à faire effectuer plus de 1 000 vasectomies en 1966-1967.

En Suisse

L'acceptation de la contraception s'y est faite depuis longtemps, et ceci explique peut-être que la stérilisation masculine ou féminine ne représente que 1 à 3 % selon les années des moyens de contraception prescrits par les centres de planning familial.

A Zurich, de 1956 à 1961, le nombre de stérilisations puerpérales représentait 5,7 % du nombre des accouchements (OVERSTREET).

A Lausanne, le Centre de Planning Familial, bien qu'il n'encourage guère la stérilisation définitive comme moyen de contraception, en compte tout de même 150 à 200 chaque année.

Le tableau suivant montre la fréquence de la stérilisation de 1919 à 1963 par rapport aux naissances et aux avortements thérapeutiques ou clandestins.

Fréquence de la stérilisation de 1919 à 1963 en relation avec le taux de natalité et l'incidence des avortements provoqués et médicaux

PERIODE	TERMINAISON DE LA GROSSESSE	NAISSANCES	AVORTEMENTS SPONTANES ET PROVOQUES	STERILISATIONS
1919-1928	76	12 066	975	202
1929-1938	156	12 018	1 400	344
1939-1948	327	12 833	1 829	1 240
1949-1958	3 286	14 691	2 623	2 658
1959-1963	2 134	16 810	3 212	1 806

... / ...

L'établissement d'un Centre de Planning Familial en 1959 a fait diminuer le nombre d'avortements thérapeutiques et de stérilisations, au profit d'une contraception réversible. Il n'a pas influencé le nombre d'avortements clandestins, ce que MERZ explique par l'existence au sein de la population de deux groupes : l'un ayant le sens de ses responsabilités vis à vis de ce problème, et qui recherche un conseil au centre de planning familial ; l'autre catégorie, plus importante, mal informée et n'ayant pas le sens de ses responsabilités recourt à l'avortement.

La vasectomie est pratiquée en Suisse depuis fort longtemps. Pour MERZ, elle représente 1 % des moyens contraceptifs prescrits par le Centre de Planning Familial de Lausanne (contre 0,6 % pour la stérilisation féminine).

ROSE et REIMANN-HUNZIKER ont, pour leur part, pratiqué plus de 2 000 vasectomies à Bâle depuis 1942.

En Belgique

Plusieurs services de gynécologie et obstétrique belges, pratiquant des ligatures tubaires surtout en post-partum, donnent des chiffres éloquents sur l'augmentation de la fréquence de cette procédure.

Dans le service du professeur VOKAER, à l'hôpital universitaire Brugmann de Bruxelles, le nombre des ligatures tubaires chez les patientes accouchées est passé de 0,7 % il y a quinze ans, à 7,15 % en 1966.

Chez le professeur HUBINONT, à l'hôpital universitaire Saint-Pierre de Bruxelles, les taux sont de 6,24 % de 1961 à 1965 contre 2,39 % de 1951 à 1960.

A la Maternité Reine-Astrid de Charleroi, dirigée par le docteur HUSTIN, de 1962 à 1965, les ligatures tubaires représentaient 1,3 % des accouchements.

La vasectomie n'est pas très répandue en Belgique. Pour 222 ligatures de trompes effectuées en quatre ans dans le service du professeur VOKAER, il n'y a eu que 5 vasectomies.

En Amérique du Sud

Une enquête effectuée par MIRO montre qu'en 1963-1964, les

. . .

femmes ayant subi une stérilisation représentaient 1 à 6 % des femmes catholiques âgées de vingt à cinquante ans.

BOGOTA	1 %
CARACAS	6 %
MEXICO	2 %
RIO DE JANEIRO	6 %
SAN JOSE	6 %

En Asie, on dispose de chiffres s'appuyant sur des données différentes puisqu'il s'agit de programmes nationaux de planification des naissances.

En Inde

Le nombre des stérilisations tant masculines que féminines atteignait en 1969 5,2 millions. Ce chiffre énorme ne représente pourtant que 5 % des femmes mariées de 15 à 44 ans. C'est surtout entre 1965 et 1969 que la fréquence des stérilisations a augmenté, triplant en trois ans. La vasectomie a occupé une place de plus en plus importante dans les programmes de planification des naissances : passant de 33 % en 1956 à 89 % en 1967-1968. Elle occupe actuellement une place prépondérante, sa technique étant beaucoup plus facile que celle de la stérilisation tubaire et ne nécessitant qu'une anesthésie locale et pas d'hospitalisation.

Cependant, les efforts du Gouvernement indien ont porté sur toutes les méthodes et, en 1969, PALMER, à la demande du Ministère de la Santé de l'Inde, a mis au point une technique de stérilisation tubaire par laparotomie a minima.

Au Pakistan, en Corée, en Thaïlande

Les nombres de stérilisations rapportés à ceux des femmes mariées de 15 à 44 ans sont de 2 à 3 % en 1969.

Au Japon

Une enquête de 1961 portant sur une population de couples mariés où la femme est âgée de moins de 50 ans, montre que 6 % des couples ont été stérilisés: la femme dans 5 %, et l'homme dans 1 % des cas.

... ...

En France

On ne dispose pas de données globales. LEPAGE, HERVET et SUREAU rapportant en 1962, 114 cas de stérilisations pratiquées en dix ans à la Maternité Pinard, donnent le nombre de 24 318 accouchements pour la même période, c'est-à-dire un pourcentage de 0,46 %. De plus, ils font remarquer que nombre de stérilisations dont l'indication est thérapeutique sont adressées dans leur service, ce qui fausse un peu leur proportion.

Même pour 1962, ce nombre est remarquablement bas par rapport à la pratique mondiale.

DERVAL, à Angers, donne le nombre de 327 ligatures de trompes de 1960 à 1969, représentant 1,18 % des accouchements et 7 % des césariennes.

II - REPARTITION SUIVANT LES INDICATIONS

On peut définir grossièrement deux tendances opposées. Celle des pays économiquement prospères, où les lois ont généralement freiné la pratique de la stérilisation et où une indication médicale était, ou est, seule admise, et celle des pays en voie de développement, qui ont un programme de planification des naissances qui encourage la stérilisation. Dans ce dernier cas, le problème des indications ne se pose pas et n'est généralement pas étudié par les diverses enquêtes.

Dans les pays industrialisés, on a vu que le nombre des stérilisations s'accroît depuis quelques années, ceci est la conséquence d'un élargissement des indications. Les stérilisations purement médicales font place aux stérilisations pour motif médico-social, voire franchement socio-économique. La stérilisation féminine pour motif "de convenance" reste rare. Les indications de la vasectomie, par contre, ne sont jamais directement médicales. Elles sont soit liées à la santé de l'épouse, soit "de convenance".

Nous allons passer en revue les différentes indications médicales reconnues en France, puis voir quelles sont, à l'étranger, les principales.

Avant tout, rappelons la position de LEPAGE : "Il n'existe pas pour nous d'indication médicale absolue ; toute indication nous paraît relative, tenant à l'état de chaque patiente beaucoup plus qu'à la nature

de sa maladie, mais variant aussi avec les progrès thérapeutiques... ... Combien de fois d'ailleurs, en présence d'un cas donné, les avis diffèrent-ils, non seulement d'un pays à l'autre, mais même d'un spécialiste à l'autre, comme en témoignent les écarts considérables de fréquence des stérilisations d'une statistique à l'autre. Aussi nous refusons-nous à admettre la distinction entre indications médicales absolues et relatives, qui donnent à penser que certaines indications seraient hors de toute discussion.

Chaque indication de stérilisation mérite discussion, est susceptible d'être acceptée ou rejetée, car en dernière analyse, la décision résulte de l'évaluation, en partie subjective, d'un risque".

1° Indications obstétricales

Elles représentent de loin la grande majorité des stérilisations en France.

71 % des ligatures de trompes sont réalisées au cours d'une césarienne dont plus de la moitié à la troisième césarienne.

11 % des césariennes sont associées à une stérilisation (LEPAGE).

Il est de routine de pratiquer la stérilisation à la troisième césarienne, mais il arrive que ce soit au cours de la première ou de la deuxième, si elle a été rendue nécessaire par un état pathologique ou si la cicatrice utérine paraît de mauvaise qualité.

2° Cardiopathies graves

Maladie mitrale inopérable ou récidivante, insuffisance cardiaque, accidents de décompensation au cours des grossesses précédentes, tétralogie de Fallot, maladie d'Osler, hypertension pulmonaire...

3° Certaines pneumopathies chroniques

Asthme, emphysème, dilatation des bronches, thoracoplastie, et certaines tuberculoses pulmonaires évolutives ou résistantes aux tuberculostatiques.

4° Néphropathies

Lorsqu'il existe une tare rénale antérieure à la grossesse et une hypertension élevée. Certaines toxémies gravidiques récidivantes et rebelles, certaines insuffisances rénales graves.

... / ...

5° Diabète grave

C'est une indication qui devient moins fréquente du fait des progrès de la thérapeutique, mais l'aggravation lors de grossesses successives, un coma, une rétinite, des morts foetales ou néonatales successives peuvent entraîner la stérilisation.

6° Cancers, maladies de système, etc...

Leucémies et maladie de Hodgkin traitées par chimiothérapie, cancers, lupus érythémateux disséminé, sclérodermie, myasthénie, sclérose en plaques.

7° Incompatibilités Rhésus, avec morts foetales

8° Certaines malformations congénitales à caractère héréditaire dominant.

9° Indications gynécologiques

La stérilisation tubaire peut parfois être associée à une intervention gynécologique lorsque la grossesse peut détruire le bénéfice de l'opération (cure de prolapsus par exemple) ou lorsque l'opération peut rendre aventurée une grossesse ultérieure.

Les indications psychiatriques sont très controversées. Pour la plupart des gynécologues français, elles ne sont pas acceptables, d'ailleurs, l'incertitude des résultats sur la psychopathologie préexistante incite à la prudence.

Enfin, on commence en France, à envisager des indications médico-sociales lorsqu'il s'agit de "très grandes multipares, dans un état voisin de la misère physiologique".

En France

Sur les 114 cas de ligatures tubaires effectuées à la Maternité Pinard de 1952 à 1961, on ne relève pas d'indication sociale, mais les facteurs sociaux et économiques ont parfois influé sur la décision (GALULA).

Par contre, dans les 327 cas rapportés par DERVAL à Angers en 1971, on trouve 52 femmes stérilisées pour indication socio-économique, soit une proportion de 16 %.

... / ...

La cause la plus fréquente est la grande multiparité, la moyenne étant de 12,6 enfants si l'intervention a été pratiquée isolément, et de 10,7 si elle l'a été au cours de la première césarienne. La parité diminue lorsque la ligature est faite au cours de césariennes itératives puisqu'on entre dans le cadre des indications médico-obstétricales.

Chez nos proches voisins, la libéralisation des indications a été plus grande.

En Belgique

PAQUOT, en 1967 :

- indications médicales 2,6 %
- indications médico-sociales 8,0 %
- indications socio-économiques 73,4 %

BRAT, LENOBLE et HUBINONT, en 1967 :

- indications médicales 10 %
- indications médico-sociales 8 %
- indications sociales pures 82 %

HUSTIN et STENUIT, de 1962 à 1967 :

- indications médicales 33 %
- indications médico-sociales 25 %
- indications sociales 42 %

Les critères d'appréciation des indications sont évidemment variables d'un endroit à l'autre et dans le temps. Par exemple, dans le service du professeur HUBINONT, les césariennes itératives et les immunisations Rhésus qui étaient classées de 1951 à 1960 dans le groupe des indications médicales relatives ou médico-sociales, ont été considérées à partir de 1961 comme médicales pures. D'autre part est apparue "une plus grande franchise dans la discussion préalable, et une plus grande lucidité pour reconnaître l'élément social ou économique comme seul déterminant, alors que la situation sociale n'est pas encore catastrophique mais le deviendra probablement si d'autres naissances interviennent."

En Suisse

Dans l'étude de BARGLOW et EISNER en 1966, il n'y a que 5 % d'indications médicales, ceci inclut les indications neuro-psychiatriques.

... / ...

Les auteurs ont d'ailleurs classé les interventions, non pas en fonction de la maladie mais suivant qu'elles rentrent ou non dans le cadre des "indications conventionnelles".

Ils entendent par "indications conventionnelles" deux conditions : un âge supérieur à 30 ans, et plus de trois enfants , 65 % des cas y répondaient. Mais pour 30 % des interventions, la patiente n'avait pas 30 ans ou avait moins de trois enfants.

En Grande-Bretagne

BLACK et SCLARE en 1968, distinguent les indications médicales, eugéniques et socio-économiques et pensent qu'il serait plus facile pour le médecin de se limiter aux seules indications médicales en alléguant que les problèmes socio-économiques ne sont pas de son ressort, mais qu'il faut soigneusement peser les indications socio-économiques en fonction des risques que ferait courir à la femme une grossesse ultérieure.

Leur étude porte sur 480 patientes stérilisées de 1961 à 1966 à Glasgow. Les indications socio-économiques sont représentées par la multiparité (cinq enfants ou plus). Les stérilisations pour césariennes itératives ont été pratiquées dans 80 % des cas à la deuxième césarienne.

- multiparité 65 %
- césariennes itératives 10 %
- indications médicales pures 25 %

Pour BAIRD et THOMPSON en 1968, sur 186 interventions, on relève :

- indications sociales ou médico-sociales 50 %
- indications médicales 27 %
- indications obstétricales 23 %

BLACKER et PEEL dans le questionnaire adressé aux gynécologues anglais en 1966, avaient groupé les indications sous quatre rubriques. Ils ont obtenu les réponses suivantes :

- problèmes familiaux (incluant la multiparité) 48 %
- césariennes itératives : 28 %
- indications médicales 16 %
- indications psychiatriques : 8 %

Aux Etats-Unis

BARNES et ZUSPAN, en 1965 :	
- indications médicales :	20 %
- césariennes itératives :	20 %
- multiparité :	66 %
PRYSTOWSKY et EASTMAN de 1936 à 1950 :	
- grande multiparité (plus de 8 enfants)	53 %
ADAMS, en 1964 :	
- indications socio-économiques :	85 %
- césariennes itératives :	5 %
- indications médicales :	10 %
GUTTMACHER, en 1957 :	
- indications socio-économiques	78 %
- césariennes itératives :	14 %
- indications médicales :	8 %

La comparaison de tous ces chiffres montre la tendance à la "socialisation" des indications dans tous les pays anglo-saxons, ainsi qu'en Suisse et en Belgique. Un courant en faveur de la stérilisation volontaire comme méthode de contraception se fait aussi jour, venu des individus en Grande-Bretagne et aux Etats-Unis, plus ou moins imposé par les dirigeants dans les pays sous-développés.

III - REPARTITION SUIVANT L'AGE ET LE NOMBRE D'ENFANTS

Il serait fastidieux d'énumérer l'âge et la parité selon les diverses enquêtes, mais on peut rechercher quels sont les facteurs qui influencent les états constatés.

- L'image idéale de la famille : elle est en France à l'heure actuelle de trois enfants, selon SUTTER et BASTIDE. C'est le cas dans beaucoup d'autres pays d'Europe et d'Amérique. Mais en Afrique par exemple, le nombre d'enfants souhaités est plus grand.

- Le début de la vie sexuelle : s'il est précoce comme à Porto-Rico, l'âge moyen des femmes stérilisées est bas : 26 ans. En effet, à ce moment la plupart des femmes mariées ont plus de quatre enfants, ce qui est le chiffre désiré par la majorité des couples porto-ricains.

- L'indication : les femmes présentant une contre-indication médicale ou obstétricale à la grossesse sont en général

stérilisées plus tôt et avec un nombre d'enfants moins grand que si l'indication est socio-économique (ceci est flagrant dans les pays où l'on n'accepte l'indication socio-économique que lorsqu'elle rejoint l'indication médicale "aux confins de la misère physiologique due à la grande multiparité".

Citons la statistique de GUTTMACHER :

- indications socio-économiques : 6,6 enfants en moyenne.
- indications médico-obstétricales : 2,8.

La stérilisation féminine "de convenance" et la vasectomie interviennent aussi assez tôt dans la vie du couple. L'âge moyen est 30-35 ans pour les femmes ; 35-40 ans pour les hommes.

La parité moyenne est 3 à 4.

Rappelons les conditions "conventionnelles" en usage à Zurich : la femme doit avoir au moins 30 ans et trois enfants vivants.

IV - SUIVANT LA RELIGION ET LA RACE

On sait que le pape Paul VI, en 1968, dans l'Encyclique Humanae Vitae a condamné la stérilisation directe "qu'elle soit perpétuelle ou temporaire, de l'homme ou de la femme".

La religion protestante n'a jamais interdit le contrôle des naissances.

La religion juive n'encourage pas la stérilisation mais laisse l'homme prendre ses responsabilités en ce domaine.

La religion hindoue et la religion musulmane n'encouragent pas non plus la stérilisation, mais elles ne l'interdisent pas formellement.

Pour établir des comparaisons, il faut se référer à un pays où existent des minorités religieuses importantes, les Etats-Unis par exemple, où 25 % de la population est catholique, ou bien l'Inde où 11 % de la population est musulmane alors que 84 % est hindoue.

Sur les 1830 patientes de PRYSTOWSKY et EASTMAN (Etats-Unis, 1955) :

- 54 % étaient protestantes ;
- 10 % étaient catholiques ;
- 1 % étaient juives ;
- 34 % sans religion.

Or, un quart de la population étant catholique, il semble ici que la religion catholique constitue un frein à la stérilisation, surtout si elle intervient à des fins contraceptives et non thérapeutiques.

Par contre, à Porto-Rico où 80 % de la population est catholique, on retrouve ce pourcentage chez les femmes stérilisées.

La religion hindoue ou musulmane ne semble pas influencer la répartition des personnes stérilisées en Inde.

Dans les pays arabes, la stérilisation est très peu pratiquée, mais il ne semble pas que le facteur de la religion soit prépondérant.

Dans l'étude de GUTTMACHER en 1957, on va voir que la proportion des femmes stérilisées varie beaucoup selon la race.

	Clientèle habituelle de l'hôpital	Patientes stérilisées
PORTO-RICAINES	50 %	64 %
NOIRES	30 %	31 %
BLANCHES	20 %	5 %

Plus encore que la race, c'est probablement le niveau économique, plus bas chez les Noirs et les Porto-Ricains et l'acceptation culturelle de la stérilisation par les Porto-Ricains qui a influencé ces chiffres.

En ce qui concerne la vasectomie, on dispose de peu de données. L'enquête de FERBER et TIETZE donne une proportion de "non blancs" légèrement inférieure à celle de la population générale.

V - SUIVANT LE NIVEAU SOCIO-CULTUREL ET ECONOMIQUE

On peut se demander si la stérilisation concerne des hommes ou femmes ayant des caractéristiques sociales ou économiques particulières.

Il apparaît qu'il est impossible de schématiser, la variété de situations à travers le monde étant trop grande.

Cependant, une grande différence existe entre les hommes et les femmes.

En ce qui concerne la vasectomie, il y a une certaine concordance des auteurs pour dire qu'elle est généralement demandée par des hommes d'un milieu socio-culturel plus élevé que la moyenne. En Inde, il y a moins d'analphabètes chez les hommes stérilisés que dans la population générale. Aux Etats-Unis, il y a peu de manoeuvres qui se font stériliser, peu d'ouvriers même spécialisés, beaucoup plus d'hommes ayant fait des études supérieures et ayant un métier de technicien supérieur, de cadre, ou exerçant une profession libérale. Les médecins sont parmi les catégories professionnelles une des plus représentées.

On peut tenter d'expliquer cette tendance par le fait que la demande de vasectomie est un acte essentiellement volontaire, que les hommes qui y recourent ont de fortes motivations, souvent d'ordre idéologique. D'ailleurs, l'information n'est pas toujours d'un accès facile dans les milieux sociaux défavorisés.

La stérilisation féminine, elle, se fait dans des circonstances beaucoup plus variées.

En Inde ou à Porto-Rico, où il s'agit de stérilisation volontaire à but contraceptif, le degré d'instruction semble inciter à l'intervention. Il y a moins d'analphabètes chez les femmes stérilisées que dans la population générale.

En Europe ou aux Etats-Unis, c'est en fonction de l'indication qu'on voit les plus grandes différences. Les femmes stérilisées pour indication médico-sociale viennent, bien entendu, d'un milieu socio-économique plus défavorisé que celles stérilisées pour césarienne itérative ou pour indication médicale stricte.

VI - EMPLOI ANTERIEUR D'UNE METHODE DE CONTRACEPTION

Les chiffres traduisent l'évolution de la contraception et la grande diversité des motivations de la stérilisation.

Stérilisation féminine

Aux Etats-Unis, en 1957, GUTTMACHER rapporte que 60 % de femmes stérilisées n'avaient jamais utilisé auparavant de méthode contraceptive.

... / ...

Pour CAMPBELL, en 1964, 82 % des femmes utilisaient auparavant une méthode contraceptive.

A Porto-Rico, la proportion est beaucoup plus faible. Pour PANIAGUA en 1964, elle est de 50 %, et pour PRESSER en 1969, de 35 % (pratiquant une contraception).

Au Japon, elle est pour KOYA, en 1963, de 100 %.

En Inde, le pourcentage de femmes ayant pratiqué une contraception avant la stérilisation va de 1,7 à 20 %.

En France, l'étude de Monique FAYETTE portant sur 88 femmes, fait apparaître que 74 % employaient antérieurement une ou plusieurs méthodes de contraception, la plus utilisée étant le retrait.

Stérilisation masculine

Aux Etats-Unis en 1963, pour LANDIS et ROFFENBERGER, 100 % des hommes pratiquaient auparavant la contraception ; pour RODGERS, 83 %. En 1967, pour FERBER et TIETZE : 97 %.

En Inde, les différentes études montrent que 30 à 40 % des hommes stérilisés utilisaient un procédé contraceptif, donc beaucoup plus que le pourcentage obtenu chez les femmes stérilisées.

Il semble dans tous les cas que beaucoup de couples demandant une stérilisation aient déjà connu et pratiqué la contraception. La stérilisation chirurgicale (surtout la vasectomie), n'est donc pas réservée aux couples ignorant la contraception, mais au contraire à ceux qui étaient déjà motivés pour un contrôle des naissances et que les méthodes temporaires ne satisfaisaient plus. L'apparition de méthodes modernes de contraception ayant un haut degré d'acceptabilité, loin de supprimer les indications de la stérilisation chirurgicale, s'accompagne d'une progression de celles-ci. Ce fait paradoxal indique que de plus en plus à travers le monde, une méthode sure et acceptable de contrôle des naissances est considérée comme un droit.

On peut tenter de résumer ce chapitre en indiquant brièvement quelles sont les motivations des hommes et des femmes recherchant une stérilisation chirurgicale.

... / ...

A un moment donné dans la vie d'un couple, suivant l'âge des parents, le nombre des enfants et le niveau économique, la famille se considère comme "complète". Cette situation se trouve réalisée à un stade très variable suivant les individus et en fonction des "images modèles".

A ce moment, suivant les lois en vigueur et la position des médecins, ils auront le choix entre une contraception, plus ou moins efficace et plus ou moins bien appliquée, l'avortement provoqué, la non limitation de la famille ou, parfois, la stérilisation chirurgicale.

Le "profil" de l'homme ou de la femme stérilisé est considérablement différent suivant la situation à laquelle il se trouve confronté.

- Si la stérilisation est volontaire, dans un but contraceptif, c'est-à-dire l'indication dite "de convenance" : elle s'adresse à des couples ayant un niveau socio-économique plus élevé que la moyenne ; un degré d'instruction plus grand et des motivations plus fortes prouvées par la pratique antérieure d'une méthode contraceptive.

Schématiquement, c'est entre 30 et 35 ans pour la femme, 35 et 45 ans pour l'homme que la famille est complétée, ceci avec trois ou quatre enfants.

Dans les pays en voie de développement, les campagnes de propagande qui offrent un transistor ou quelques roupies, comme ce fut le cas en Inde, ajoutent une motivation ; mais il est prouvé que se laissent convaincre les hommes ou femmes qui ont un degré d'alphabétisation plus élevé que le reste de la population, et qui employaient déjà une méthode de contraception.

- Si la stérilisation n'est pas acceptée couramment comme méthode de contraception, mais n'est pratiquée que pour indication médicale, obstétricale, voire socio-économique, elle concerne alors des femmes d'un milieu socio-économique plutôt bas, avec un nombre d'enfants plus élevé que la moyenne et n'ayant pas souvent pratiqué antérieurement une contraception. Ceci traduit peut-être une mauvaise information en matière de contrôle des naissances.

Dans les pays où on n'accepte pas l'indication socio-économique, il est difficile de généraliser. Les stérilisations pour césariennes itératives se font, suivant les services, à la deuxième ou

... / ...

à la troisième césarienne. La maladie, elle, peut survenir à tout âge et entrainer une stérilisation à n'importe quel moment de la période de fécondité.

La religion ne semble pas jouer un rôle aussi considérable que l'acceptation culturelle de la méthode. La religion catholique, malgré sa position très stricte sur le contrôle des naissances n'empêche pas un grand nombre de femmes de se faire stériliser.

L'exemple de Porto-Rico est à ce titre significatif. Par contre, dans les pays musulmans, bien qu'il n'y ait pas d'interdiction religieuse, la stérilisation est très peu pratiquée, car elle se heurte aux mythes traditionnels de virilité et de fémininé.

LES TECHNIQUES DE STERILISATION CHIRURGICALE

Les méthodes actuelles de stérilisation peuvent être classées de la manière suivante :

I - STERILISATION MASCULINE

- La vasectomie est la seule opération pour laquelle existe une expérience portant sur des millions de cas. Elle consiste dans la résection d'un segment de chaque canal déférent, de manière à éviter tout risque de reperméabilisation. Son inconvénient indiscutable est de n'être vraiment efficace qu'au bout de deux ou trois mois, après épuisement du stock des spermatozoïdes qui ont déjà franchi le niveau de la zone réséquée.

- D'autres méthodes ont été essayées sur des séries trop courtes pour avoir une signification.

a) l'injection de gomme solidifiable, pour réaliser un bouchon qu'on pourrait théoriquement enlever.

b) La mise en place d'un micro-robinet, qu'on pourrait théoriquement rouvrir.

II - STERILISATION FEMININE

- *La résection ligature chirurgicale* a été pendant longtemps la seule intervention réalisée de façon fréquente, par voie abdominale ou vaginale, et souvent à l'occasion d'une césarienne ou d'une opération pour prolapsus.

Elle présente d'innombrables variétés techniques, dont nous ne retiendrons ici que les trois plus utilisées :

- le Madlener (1919), où l'on saisit la trompe à sa partie moyenne, pour soulever une boucle que l'on écrase à sa base, avant de poser une ligature non résorbable.

... / ...

- le Pomeroy (1924) où l'on soulève également une boucle puis, sans écrasement, on place une ligature au catgut chromé à la base, et on résèque l'anse, soit environ deux centimètres de longueur. La ligature se résorbe lentement, et les deux moignons s'écarteraient ensuite peu à peu ;

- le Labhart, qui a la préférence de PALMER à cause de l'absence totale d'échecs : l'isthme tubaire est saisi entre deux pinces de Kocher placées à 1 et 3 cm de l'angle utérin ; incision longitudinale du péritoine tubaire entre les deux pinces ; dégagement prudent de la trompe d'avec sa couverture péritonéale ; résection du segment isthmique entre deux ligatures ; surjet péritonéal oblitérant le lit du segment réséqué.

- Quant à la pose d'hémo-clips, elle ne se défend que si l'on utilise pour les placer la pince de Samuels qui est seule conçue pour réaliser un véritable écrasement du clips et des tissus qu'il enserre. Malheureusement, des deux tailles existantes d'hémo-clips, l'une est trop petite pour enserrer et écraserait surement l'isthme tubaire : l'autre est trop large pour l'isthme (débordant largement sur le meso-salpinx) mais convient bien pour le début de l'ampoule. A vrai dire, l'emploi des hémo-clips pour donner l'espoir d'une reperméabilisation possible nous paraît fallacieux, car ou bien l'écrasement aboutit à la nécrose, et l'ablation du clips ne rétablira pas la perméabilité, ou bien l'écrasement respecte la muqueuse et il y a risque de filtration des spermatozoïdes et donc de grossesse extra ou intra utérine (les deux se sont vues).

- *La voie d'abord* de ces stérilisations chirurgicales dépend en grande partie des circonstances où on les pratiques.

Voie vaginale, généralement par colpo-coeliotomie antérieure, dans les stérilisations réalisées au cours des opérations pour prolapsus, mais aussi lors de certaines interruptions de grossesse par césariennes vaginales (intervention abandonnée à cause de la fréquence d'endométriose consécutive).

Voie abdominale, dans les stérilisations puerpérales
- soit à la fin d'une césarienne ;
- soit dans les suites de couches, et alors souvent pas une petite incision arciforme sous-ombilicale qui ne laisse pratiquement pas de cicatrice, et peut être réalisée à l'anesthésie locale.

... / ...

Dans les stérilisations réalisées à distance de l'accouchement, on utilise le plus souvent, pour des raisons esthétiques, l'incision de Pfannenstiel.

En 1969, PALMER avait, à la demande du Ministère de la Santé de l'état de Bombay, mis au point une technique par incision sus-pubienne minimale, pouvant être réalisée à l'anesthésie locale, grâce à l'utilisation d'une canule d'insufflation introduite dans l'utérus. Celle-ci permet de soulever et d'incliner l'utérus de telle sorte que l'une puis l'autre corne utérine vienne apparaître dans la petite fenêtre pariétale où l'on pourra la lier, l'écraser ou poser des hémo-clips. La femme n'ayant pas été endormie et ayant une cicatrice minime, pourrait quitter la clinique le joue même.

1° Techniques coelioscopiques

Dès 1937, ANDERSON avait proposé la stérilisation coelioscopique par électro-coagulation de l'isthme tubaire, sans donner de statistiques. PALMER avait pu vérifier deux fois que l'une des trompes était perméable au contrôle salpingographique trois mois plus tard.

C'est pour éviter cette cause d'échec qu'il a mis au point, et publié en 1962 à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, la technique d'électro-coagulation-section des isthmes tubaires. Au début, elle était réalisée avec la pince à biopsie coelioscopique de Guérin : l'isthme tubaire était saisi à sa partie moyenne, et électrocoagulé jusqu'à blanchissement sur un centimètre de chaque côté ; ensuite on coupait, et on recoagulait les tranches de section.

Ultérieurement, STEPTOE (1967) a proposé d'utiliser pour cet usage la pince-drill de Palmer (fabriquée par Drapier), dont nous décrivons plus loin en détail la technique, puisque c'est elle qui a été utilisée dans la majorité des observations de notre thèse.

Actuellement, pour des raisons d'élégance et de rapidité, PALMER utilise souvent le laparoscope opérateur de Jacobs-Palmer (Richard Wolf, fabricant) qui est coudé deux fois à angle droit, ce qui permet d'introduire une pince à biopsie dans son axe, et de réaliser, par une seule porte d'entrée, la saisie et la coagulation de l'isthme tubaire, puis sa section et sa recoagulation. La pince étant étroite et la coagulation limitée, il faut souvent deux sections-électro-coagulations à 1 cm l'une de l'autre.

... / ...

Dans tous les cas, il est important d'avoir placé dans l'utérus une canule d'insufflation, qui servira à incliner l'utérus pour présenter au mieux l'isthme tubaire.

Voici la technique détaillée de cette intervention.

La stérilisation doit avoir lieu aussitôt après les règles, pour éviter tout risque de fécondation inopportune.

Prémédication habituelle, évacuation de la vessie. Anesthésie intra-veineuse au penthotal curare. Mise en position de chirurgie à deux équipes, les cuisses en demi-flexion et à demi-écartées, le siège au bout de la table, pour permettre l'installation facile dans l'utérus d'une canule d'insufflation, solidarisée avec une pince qui tient le col. Une large électrode est placée sous le siège de l'opérée.

Création de pneumo-péritoine, à l'aide du péritonéostat de Drapier, réglé sur 200 mm d'eau.

Incision de 1 cm sur la marge même de l'ombilic dans son quadrant inférieur gauche. Mise de la patiente en léger Trendelenburg (20° environ).

Introduction du trocart sous la peau sur 3 ou 4 cm vers le bas, un peu à gauche de la ligne médiane. On l'enfonce ensuite, avec un angle de 45° en direction du centre de la cavité pelvienne, et quand on a eu la sensation de traverser le péritoine, on remplace le mandrin par l'optique.

On vérifie d'abord l'état des organes pelviens, et spécialement des trompes et des ovaires, ainsi que le reste de la cavité abdomino-pelvienne.

On fait alors, à mi-distance de l'ombilic et du pubis, une petite incision de 6 mm, qui servira à introduire le trocart de la pince-drill, puis après ablation de la tige, on remplace celle-ci par la pince-drill.

La pince-drill pour biopsies coelioscopiques de Palmer se compose de :

1° Une chemise externe isolante se terminant,

- au bout distal par un cylindre très tranchant non isolé sur 5 mm ;
- au bout proximal par une mollette permettant de visser le cylindre tranchant pour couper la carotte de tissu à biopsier.

2° Un deuxième cylindre de même longueur, avec à sa

... / ...

base un anneau pour le pouce de l'opérateur et un pas de vis de 15 mm de haut pour le vissage du cylindre tranchant.

3° Une sorte de pince à sucre centrale avec à sa base deux anneaux pour l'index et le medius de l'opérateur et une prise pour l'électro-coagulation. En position ouverte, les deux mors sortent de 4 cm environ au-delà de la chemise externe et les mors sont alors éloignés de 2 cm, permettant une large prise. Quand l'opérateur pousse avec son pouce le cylindre interne, celui-ci oblige la pince à se refermer sur la prise, mais la pince déborde encore de 12 mm sur l'extrémité du cylindre externe. Quand on visse la mollette de la chemise externe, le cylindre tranchant terminal coupe les tissus jusqu'au ras au bout de la pince.

L'opérateur doit avoir une bonne connaissance de son appareil à électro-coagulation, et avoir au besoin testé son réglage sur du beefteck.

L'opérateur va donc, sous le contrôle de la vue, saisir l'isthme tubaire à 2 cm environ de l'angle utérin, et le soulever pour supprimer toute possibilité de contact avec l'ovaire ou le ligament large. Il appuie alors sur la pédale, tout en regardant la trompe ; il voit celle-ci blanchir, ainsi que le méso-salpinx adjacent, et cesse d'appuyer quand la zone blanche atteint environ 1 cm dans chaque direction.

L'opérateur va maintenant sectionner l'isthme tubaire, en vissant la base du cylindre tranchant, dont l'extrémité sectionne la trompe en deux endroits distants de 6 mm environ. A ce moment, une nouvelle pesée sur la pédale permet de coaguler les tranches de section, de manière à être certain d'une section et d'une coagulation complètes. Il ne reste plus qu'à revisser le cylindre tranchant, à lâcher la prise de la pince coagulante, et à vérifier la perfection du résultat, avant de faire les mêmes manoeuvres du côté opposé.

Ablation de la pince-drill et de son trocart. Ablation de l'endoscope, remise de la patiente à l'horizontale. Evacuation du gaz, et ablation de la canule. Pose d'une agrafe sur les deux incisions. Ces agrafes seront enlevées le lendemain matin, avant la sortie de la clinique.

Ces interventions électro-chirurgicales sont faciles, rapides et sans danger entre des mains expérimentées, mais elles peuvent entraîner des catastrophes si elles sont maniées par des opérateurs

... / ...

ignorant les dangers de l'électro-chirurgie, car tout contact de l'intestin ou de la vessie avec l'électrode peut entraîner une nécrose et une perforation secondaire.

Il est donc indispensable, pour réaliser sans danger ce type d'intervention, de disposer :

1° d'un appareil impeccable et parfaitement isolé ;

2° d'un pneumo-péritoine suffisant, pour pouvoir manoeuvrer dans un espace parfaitement contrôlable ;

3° d'un anesthésiste au courant des coelioscopies, et qui saura éviter toute irruption intempestive des anses intestinales ;

4° d'un éclairage puissant, permettant d'identifier avec certitude toutes les formations rencontrées : corne utérine, ligament rond, isthme tubaire et pôle ovarien, et de soulever la trompe pour les en écarter ;

5° enfin, et surtout, d'un coelioscopiste connaissant bien les dangers de l'électro-chirurgie et lui seul doit avoir le commandement de la pédale, qu'il peut lâcher immédiatement, s'il entrevoit le moindre danger.

Dans ces conditions seulement, la méthode est inoffensive, rapide, élégante, et permet le retour aux activités normales au bout de trois jours.

La stérilisation coelioscopique par pose de clips aurait l'avantage de supprimer le risque électro-chirurgical et, par conséquent, de permettre la restauration de la fertilité par l'ablation du clips. Elle avait été proposée par NEUMAN dès 1959, mais son appareil n'était pas au point pour l'utilisation humaine. PALMER a fait quelques applications de clips par voie coelioscopique, mais il a eu une grossesse après son cinquième cas, et cela malgré la présence vérifiée de deux clips à 15 mm l'un de l'autre, paraissant écraser la trompe. Il semble donc difficile d'apprécier si un isthme tubaire est réellement écrasé ou non.

2° Techniques culdoscopiques

GUTIERREZ NAJAR (de México) a publié en 1971 au Congrès de l'Association Américaine de Planning familial, sa technique et ses résultats de stérilisation tubaire par voie culdotomique, sous contrôle du culdoscope.

L'intervention a lieu à l'anesthésie locale (après forte pré-médication), en position genu-pectoralis, les cuisses de la femme étant bien amarrées à deux porte-jambes verticaux.

Un aide soulève le périnée postérieur avec une valve, cependant qu'une pince genre Museux courbe sert à manipuler le col, et à individualiser la fossette rétro-cervicale, qui sera entourée de trois points d'infiltration anesthésique, pas trop abondants pour ne pas gonfler la distance entre le vagin et le péritoine du Douglas.

L'opérateur ponctionne alors le Douglas avec le trocart du culdoscope, et laisse pénétrer l'air dans la cavité pelvienne. Il introduit ensuite le culdoscope, avec lequel il va contrôler l'état et la situation des trompes, pour être sûr qu'il n'y aura pas de difficultés à leur mobilisation, et éventuellement extériorisation.

L'opérateur retire alors le culdoscope et sa canule et agrandit à la pince l'orifice de ponction jusqu'à pouvoir introduire dans la fenêtre la lame recourbée et/de son rétracteur spécial, qui prend appui en arrière sur la région sacro-coccygienne.

L'opérateur va maintenant reprendre d'une main le culdoscope pour repérer la trompe, et de l'autre main la pince spéciale de Gutierrez Najar, courbée deux fois, pour aller saisir la partie moyenne de la trompe et l'attirer dans la fenêtre de culdotomie.

Il applique alors, généralement sur le début de l'ampoule, deux hémo-clips à 1 cm l'un de l'autre. Après vérification soigneuse, les appareils sont retirés et un tube placé dans le péritoine, pour faciliter la sortie de l'air. La plaie est fermée par deux ou trois points de catgut.

La femme est alors couchée à plat ventre sur un coussin pour chasser l'air intra-péritonéal, et la sonde enlevée.

La femme est gardée quelques heures à la clinique et peut reprendre ses activités au bout de deux ou trois jours.

L'intervention proprement dite demande environ quinze minutes et paraît parfaitement supportée, grâce, il est vrai, à une pré-médication assez forte.

Entre des mains exercées, elle paraît élégante, rapide et sans danger : nous pensons cependant qu'elle n'est pas à la portée de tous les gynécologues et qu'il doit y avoir plus d'échecs qu'il n'en a été rapporté jusqu'à présent.

... / ...

3° Stérilisation par voie utérine

La voie trans-utérine pour l'obturation des trompes peut être aveugle, ou hystéroscopique.

a) Méthodes aveugles

L'électro-cautérisation des angles tubaires, déjà essayée par DICKINSON (1929) et HYAMS (1934) aux Etats-Unis, fut employée sur une assez grande échelle au Japon après la guerre, souvent à l'occasion d'une interruption de grossesse, et donna lieu, dans ces conditions, à des perforations et des péritonites.

Plus récemment, ISHIKAWA a mis au point un galvano-cautère et une technique très précise dans l'intensité du courant, le temps de passage, et la température réalisée.

A l'hystéro-salpingographie de contrôle, faite après trois mois, la corne est généralement symphysée sur toute sa hauteur. En cas d'échec, une deuxième galvano-cautérisation peut être entreprise.

Une sonde cryo-chirurgicale a été utilisée dans le même but par MARTENS (1959) mais ses résultats sont peu concluants.

Des essais d'injections de silastic rubber (KAKSHIT) furent également incertains.

L'injection intra-utérine de quinacrine a été proposée par ZIPPER (1969). Elle provoquerait la sclérose de la partie isthmique des trompes en une à trois injections mensuelles, sans complications importantes.

L'injection dans le fond de la corne utérine, à l'aide d'une canule spéciale, d'une pommade au nitrate d'argent à 10 % a été proposée en 1971 par NEUWIRTH, après qu'il eut démontré, chez le macaque et chez la femme, qu'elle oblitérait électivement la portion interstitielle si on l'injectait dans l'ampoule après culdotomie.

b) Méthodes hystéroscopiques

L'hystéroscopie vient de renaître depuis trois ou quatre ans, d'abord grâce à l'emploi pour distendre la cavité utérine d'une solution hypervisqueuse de dextran (à 30 %) utilisée par NEUWIRTH puis, plus récemment par insufflation de gaz carbonique (LINDEMAN avec l'appareil de STORZ, SERMENT et PORTO avec l'appareil de Richard WOLF).

On pourrait ainsi, sous contrôle coelioscopique cathétériser l'orifice tubaire, et ensuite :

- ou bien galvano-cautériser la muqueuse de la portion interstitielle (LINDEMAN) ;
- ou bien injecter dans celle-ci la pommade sclérosante (NEUWIRTH).

... / ...

RESULTATS DE LA STERILISATION CHIRURGICALE

Nous en arrivons à l'examen des résultats de la stérilisation chirurgicale. Nous allons voir que s'il est assez facile de parler de la mortalité et de la morbidité post-opératoires, ainsi que des échecs, il est beaucoup plus difficile d'évaluer le retentissement d'une telle intervention sur la santé physique et mentale des patients.

Avec la diffusion de la stérilisation chirurgicale, les enquêtes se sont multipliées, et si les premières ont surtout rapporté les techniques, leur efficacité et les complications médicales, on constate que la préoccupation des auteurs actuels a changé. Les progrès techniques ont augmenté l'acceptabilité médicale de la méthode et les publications plus récentes se sont centrées sur son acceptabilité psychologique. Aussi bien les gynécologues que les psychiatres se sont préoccupés des répercussions psychologiques de la stérilisation. Leurs conclusions sont parfois discordantes. En effet, il paraît a priori difficile que des enquêtes faites dans des pays différents, sous l'influence d'habitudes culturelles parfois opposées auxquelles sont soumis, non seulement les sujets de l'enquête, mais aussi les médecins, donnent des résultats comparables.

Des variations dans l'appréciation des résultats s'observent aussi suivant la composition de l'échantillon de l'enquête, le mode d'interrogatoire, etc... Par exemple, un questionnaire même très fourni, ne peut refléter toutes les nuances qui seront perçues au cours d'une entrevue psychiatrique.

Voyons d'abord les résultats appréciables objectivement.

1° Mortalité

La stérilisation tubaire entrainait une mortalité globale de 33 pour 100 000 en 1960, de 25 pour 100 000 plus récemment. Selon les techniques, la voie d'abord et l'association à une autre intervention ou le moment choisi (post-partum immédiat, ou à distance d'un accouchement), le

../...

risque est plus ou moins grand.

Aucun cas de mortalité dû à la vasectomie n'a été jusqu'ici signalé.

Nous avons vu dans la comparaison avec les autres méthodes de contraception, que si l'on évalue le taux de mortalité annuelle, c'est de loin celui de la stérilisation chirurgicale masculine ou féminine qui est le plus faible.

2° Efficacité

Stérilisation féminine :

Dans les études récentes, le taux d'échecs va de 0 à 2 %. Il dépend de la technique utilisée. Pour GEISENDORF, les échecs se répartissent ainsi :

- technique de Madlener : 0,3 à 3,7 %
- technique de Pomeroy : 0 à 1 %
- technique de Liepmann-Labhardt : 0 à 2,7 %
- technique coelioscopique (selon STEPTOE) : 0,2 %

Si c'est l'hystérectomie ou la salpingectomie bilatérale qui est pratiquée, le taux d'échec est nul.

Vasectomie :

Le taux d'échecs varie de 0,3 à 4,1 % selon les auteurs (5 pour 1 191 cas en 1963 pour DANDEKAR, et 3 pour 73 cas en 1967 pour FERBER).

Il faut tenir compte des échecs dus aux patients n'ayant pas respecté les instructions post-opératoires, la plupart des auteurs recommandent en effet deux spermogrammes négatifs avant la reprise des rapports non protégés.

On a pu observer des reperméabilisations spontanées du canal déférent, heureusement fort rares.

3° Morbidité

Ce terme peut donner lieu à bien des interprétations qui expliquent la variabilité des résultats.

Stérilisation féminine

Les complications signalées sont :

- thrombophlébites ;
- complications infectieuses ;

- prolapsus ;
- éventration ;
- troubles des règles ;
- douleurs (pelviennes, lombaires, dysménorrhée) ;
- obésité.

Le pourcentage global observé va de 0 à 85 % suivant les auteurs, mais la presque totalité des complications n'est pas grave.

Vasectomie

Les diverses complications possibles sont :

- douleurs et oedèmes post-opératoires (qui sont généralement modérés et durent rarement plus d'une semaine) ;
- infection de la plaie ;
- hématome ;
- fièvre ;

Des troubles plus vagues sont signalés :

- asthénie ;
- diminution de la puissance sexuelle.

Nous les reverrons dans les répercussions psychologiques.

En 1963, POFFENBERGER n'a signalé aucune complication sur plus de 2 000 interventions.

Pour les auteurs qui incluent dans les complications la rubrique "autres troubles", la proportion peut atteindre 80 % des patients.

Nous allons examiner plus attentivement ces résultats.

REPERCUSSIONS PSYCHOLOGIQUES DE LA STERILISATION FEMININE

La plupart des auteurs qui se sont penchés sur ce problème ont constaté que 80 à 90 % des femmes se déclaraient satisfaites de l'intervention. Certains sont allés plus loin dans l'analyse et ont inclus dans les résultats défavorables, non seulement les regrets exprimés, mais le retentissement de l'intervention à long terme sur l'état physique et psychologique de la femme, sur l'entente du couple et sur la situation socio-économique.

Nous allons voir quels sont les facteurs dont dépend le pronostic.

1° L'âge

Tous les auteurs s'accordent à penser que la stérilisation peut exposer les femmes jeunes à des regrets. Son caractère irréversible la fait déconseiller lorsque la situation familiale peut changer. La moyenne d'âge est plus basse chez les femmes qui éprouvent des regrets que chez les autres.

C'est en général l'âge de 30 ans qui est adopté comme limite inférieure. Cependant, on a vu qu'à Porto-Rico, la moyenne est de 26 ans, mais avec un nombre d'enfants moyen de 4 à 5.

Si l'âge est un facteur de regrets dans certains cas, il faut aussi envisager la situation où l'âge est à lui seul une bonne indication.

En effet, une grossesse survenant chez une femme ayant dépassé 36-38 ans, comporte un risque élevé d'anomalies chromosomiques et expose aussi la femme à un accouchement plus dangereux.

Tous les médecins, des généticiens aux accoucheurs, sont d'accord pour déconseiller une grossesse aux abords de la quarantaine et bien peu de femmes désirent, de leur plein gré, courir ce risque.

Chez ces femmes qui vont s'astreindre pendant dix ans à une contraception temporaire et chez qui le risque de désirer une nouvelle grossesse est minime, la stérilisation chirurgicale est logique. Dans l'expérience de PALMER, elle n'est jamais suivie de regrets.

2° Le nombre des enfants

Comme pour l'âge, la parité moyenne est en général plus basse chez les femmes éprouvant des regrets. On conseille un minimum de trois enfants avant de pratiquer une stérilisation.

EKBLAD, qui a interrogé des femmes stérilisées alors qu'elles n'avaient pas d'enfant, a constaté des regrets chez 27 % d'entre elles. Le pourcentage est déjà beaucoup moins élevé chez les femmes ayant au moins un enfant, et il baisse encore lorsqu'il y a plusieurs enfants.

A première vue, il semble donc que, comme pour l'âge, la parité moyenne soit moindre dans le groupe des femmes regrettant l'intervention que dans celui des femmes satisfaites.

Mais un autre facteur intervient, c'est le "sens maternel". BARGLOW, aux Etats-Unis, constate une réascension du taux de regrets chez les femmes ayant plus de quatre enfants et qualifiées de particulièrement

... / ...

maternelles :

- 6,5 % de regrets avec 2 enfants ;
- 4,8 % " " 3 " ;
- 9,4 % " " 4 "

Le sexe des enfants est également très important.

De nombreux enfants, mais tous de même sexe, ne garantissent pas contre les regrets.

Les conditions conventionnelles d'âge et de parité sont donc pour beaucoup :

- 30 ans au moins ;
- 3 enfants, pas tous de même sexe.

La durée du mariage ne semble pas avoir une incidence particulière sur les résultats.

3° La situation conjugale

De nombreux auteurs mettent l'accent sur l'importance de l'entente conjugale.

En effet, la majeure partie des demandes de reperméabilisation se fait à l'occasion d'un divorce et d'un remariage, alors que le nouveau couple désire des enfants. PANIAGUA et TAY BACK, à Porto-Rico, ne pratiquaient l'intervention que dans les cas où "on pouvait raisonnablement penser que l'union conjugale était satisfaisante et stable".

Ils exigeaient aussi de la part de la femme souhaitant une stérilisation, une bonne maturité affective et l'acceptation de l'irréversibilité de l'intervention.

NORRIS aux Etats-Unis, EKBLAD en Suède, sont d'accord pour constater qu'une médiocre entente conjugale est d'un mauvais pronostic quant aux résultats.

Monique FAYETTE en France, a constaté qu'une mauvaise entente du couple peut entraîner deux types de réactions défavorables dans les suites : "Un sentiment de frustration peut se développer chez la femme qui se sent injustement mutilée à la place d'un mari infantile ou égoïste, et ce sentiment s'extériorise par une agressivité ou des troubles fonctionnels (pouvant cependant procurer certains bénéfices secondaires).

Une impression de libération peut à l'inverse conduire à une demande de divorce, une fois supprimée l'aliénation au mari renouvelée par chaque maternité involontaire.

... / ...

BLACK et SCLARE ont étudié ce facteur d'une autre manière. Ils ont demandé quelle avait été l'action de la stérilisation chirurgicale sur l'adaptation conjugale.

Celle-ci avait été :

- améliorée dans 53 % des cas ;
- inchangée dans 40 % ;
- détériorée dans 7 % des cas.

4° La religion

Aux Etats-Unis, NORRIS constate que les regrets sont plus fréquents chez les femmes catholiques.

BARNES et ZUSPAN en voulant interroger 457 femmes stérilisées de 1952 à 1955 aux Etats-Unis, essuyèrent 53 refus dont 70 % de la part de femmes catholiques. Ceci traduit à leur avis un sentiment de culpabilité plus grand chez les catholiques.

A Porto-Rico, où l'on a vu que la religion n'influençait pas la proportion de femmes demandant une stérilisation chirurgicale, elle ne modifie pas non plus la qualité des résultats à long terme.

En France, Monique FAYETTE note une proportion plus grande d'insatisfaction chez les femmes musulmanes ou juives que chez les catholiques, mais elle souligne que la plupart d'entre les premières venaient d'Afrique du Nord et que le facteur ethnique et culturel parait dominer le facteur religieux.

En Amérique du Sud, où prédomine de loin le catholicisme, ROCHA MONCADA a été frappé de constater que les femmes consultant le plus souvent dans son service de gynécologie, étaient celles ayant subi une ligature tubaire. Elles se plaignaient de frigidité, dyspareunie, douleurs pelviennes et lombaires, insomnies, nervosité, anxiété, fatigue, palpitations, oppression thoracique...

Il pense que la plupart des femmes ont là-bas une éducation sexuelle très limitée et mal orientée, et des principes religieux très stricts. Beaucoup sont névrotiques, et la stérilisation tubaire peut réactiver les tabous religieux engendrant un sentiment de culpabilité. Si la femme est frigide ou présente un vaginisme, la stérilisation aggrave les symptômes et peut entraîner un sentiment intense d'hostilité envers le mari.

5° L'indication

BARNES et ZUSPAN aux Etats-Unis, en 1965, ont étudié les

aspects psychologiques, sexuels et socio-économiques de la stérilisation féminine. 311 femmes furent interrogées par une assistante sociale spécialisée en conseil conjugal.

Les indications se répartissaient en : médicales 20 %, césariennes itératives 20 % et multiparité 60 %.

Environ 10 % des femmes exprimaient des regrets et n'auraient pas recommencé. La plus grande portion de regrets se voit chez les femmes ayant eu des césariennes multiples. 14 % d'entre elles avaient l'impression d'avoir été persuadées et même "forcées" de subir l'intervention.

Celles pour lesquelles une indication médicale avait été posée se montraient ambivalentes, mais leurs regrets étaient atténués par la peur de la maladie cause de la stérilisation. La maladie avait aussi pour effet de diminuer les sentiments de culpabilité.

Les plus satisfaites étaient les grandes multipares (1,7 % de regrets seulement). Elles faisaient état d'une amélioration de leur situation économique, d'une facilité plus grande à faire des projets d'avenir. Délivrées de la peur des grossesses indésirées, elles disaient avoir plus de temps et de forces à consacrer à leur famille.

Les auteurs soulignent l'importance de la première suggestion de l'intervention. Si celle-ci vient du médecin (ce qui a été le cas pour 60 % des femmes dans cette enquête), la femme a deux fois plus de chances d'éprouver des regrets et quatre fois plus d'avoir des sentiments ambivalents que si elle a elle-même demandé la stérilisation.

Toujours aux Etats-Unis, ADAMS en 1964, parvient à peu près aux mêmes conclusions. Les résultats sont plutôt satisfaisants, surtout dans les indications socio-économiques. Il recommande d'éviter l'intervention avant l'âge de 30 ans et conseille un délai de réflexion de un à deux mois entre la signature de l'accord des époux à la stérilisation et l'intervention elle-même.

BAIRD et THOMPSON en 1968, en Angleterre, interrogent 186 femmes, 2 à 9 ans après la stérilisation. 90 % des femmes se déclarent satisfaites, mais 10 % expriment des regrets. Ce sont des femmes ayant été stérilisées pour motif médical, psychiatrique ou obstétrical seul, car un quart de ces femmes auraient voulu plus d'enfants.

6° Le niveau socio-culturel et économique

On a vu au paragraphe précédant que les indications

... / ...

socio-économiques sont en général celles où l'on observe par la suite le moins de regrets.

C'est donc dans les milieux défavorisés, lorsque la femme a déjà quatre enfants ou plus, que la stérilisation tubaire est le mieux supportée. Elle représente alors un véritable soulagement et donne lieu à peu de regrets ou de troubles psychologiques.

Au contraire, dans les classes sociales supérieures, la stérilisation est souvent ressentie comme un échec car la plupart des couples contrôlent leur fécondité

NORRIS aux Etats-Unis en 1964, ne partage pas ce point de vue. Dans l'étude qu'il fait de 88 cas de ligatures tubaires, 74 % seulement des femmes étaient satisfaites, 17 % se montraient ambivalentes et 9 % regrettaient. Si, comme la plupart des auteurs, il constate l'influence de l'âge et de la religion catholique, il souligne, au contraire des autres, que les femmes de milieu pauvre, ayant été stérilisées pour une raison non médicale, sont plus exposées, non seulement à regretter l'intervention, mais à se plaindre par la suite de troubles fonctionnels variés. Il pense que deux facteurs liés au statut économique interviennent, un niveau culturel bas et une certaine pression financière et sociale en faveur de la limitation du nombre d'enfants.

Ces femmes, peu instruites, ont difficilement accès à l'information sur la contraception, pour laquelle elles sont d'ailleurs peu motivées au départ. On peut rapprocher de ce groupe, celui dont parle MERZ à Lausanne qui, n'ayant pas le sens de ses responsabilités ou mal informé, ne consulte pas le centre de planning familial et recourt à l'avortement.

C'est aussi à elles que le médecin propose une stérilisation après de nombreuses grossesses qui ont ébranlé leur santé. Cet avis, en général bien intentionné, peut leur apparaître comme une pression exercée par la société sur leur vie privée.

Un certain fatalisme, culturel, règne dans ces milieux. L'éducation dans tous les domaines, et en particulier l'éducation sexuelle, fait disparaître ce fatalisme. Donner au couple le moyen de maitriser sa fécondité, lui permet d'acquérir le sens de ses responsabilités.

La phrase "c'est comme ça, on n'y peut rien" reflète les habitudes enracinées, elle ne peut pas être invoquée si l'information est large et les moyens de contraception facilement accessibles.

BAIRD s'est aussi penché sur l'influence du milieu socio-économique sur les problèmes de santé et de fécondité. La qualité de

... / ...

l'alimentation pendant la croissance influe sur le squelette, et c'est dans les milieux pauvres qu'il y a le plus de bassins rétrécis, avec les suites obstétricales que cela comporte. L'alimentation joue aussi un rôle sur la fécondité, ainsi que sur la mortalité et la morbidité péri-natales.

Ainsi, un niveau socio-économique bas va entraîner deux sortes de handicaps :

- la stérilisation chirurgicale y sera plus souvent proposée pour motif médical, médico-social ou césariennes itératives que dans les classes aisées, elle sera rarement l'effet d'un choix volontaire, délibéré, mais sera imposée à la femme par ses conditions de vie, alors qu'elle aurait peut-être souhaité plus d'enfants si le couple avait eu le moyen de les élever.

- Un autre aspect souvent évoqué est la difficulté de verbalisation et de conceptualisation chez les femmes peu instruites. Mais là intervient aussi l'intelligence qui n'est pas directement dépendante de l'éducation.

NORRIS après l'enquête dont nous avons parlé, conclut que beaucoup de femmes qui n'avaient pas clairement compris l'intervention, manifestaient leur angoisse par des regrets ou, si leur possibilité de verbalisation était insuffisante, par des somatisations.

L'enquête de BERTHELSEN au Danemark en 1957, va aussi dans ce sens. Elle observe de fréquents regrets chez les femmes peu intelligentes, chez qui le sens maternel lui paraît très développé.

Déjà BINDER en 1937, déconseillait la stérilisation chez les débiles mentales.

7° Antécédents gynécologiques ou psychiatriques

Nous groupons ces deux facteurs car il apparaît à bien des auteurs que les femmes se plaignant de troubles gynécologiques, souvent fonctionnels, ont un profil psychologique particulier, que leur équilibre est parfois précaire et leur état de santé aggravé par les divers traitements ou interventions qu'elles réclament.

Hélène MICHEL-WOLFROMM a bien décrit ces femmes souvent frigides, ayant depuis toujours des "maux de ventre", comme leur mère et leur grand'mère, et qui auront une ménopause difficile.

Chez ces femmes qui acceptent mal leur féminité, la stérilisation constituera un traumatisme supplémentaire et sera vraiment vécue comme une castration.

. . / . . .

Pour Monique FAYETTE, les antécédents gynécologiques constituent des signes prémonitoires de troubles fonctionnels ultérieurs : "chez ces femmes qui revendiquent une contraception efficace et sans problème (mais qui ont toujours refusé de prendre la pilule ou d'essayer un diaphragme), la stérilisation est suivie de tout le cortège des manifestations fonctionnelles menstruelles ou végétatives nouvelles, alors que l'opérée se prétend enfin satisfaite."

Quant aux antécédents psychiatriques, leur influence sur le résultat de l'intervention est considérable.

Nous allons résumer l'enquête de BLACK et SCLARE, faite à Glasgow :

Sur 480 patientes stérilisées de 1961 à 1966, 168 ont été interrogées en 1967, c'est-à-dire un à cinq ans après l'intervention.

Le bilan psychiatrique portait sur quatre domaines :

- l'état psychologique ;
- l'adaptation conjugale ;
- l'équilibre sexuel ;
- l'insertion sociale et économique.

Dans l'ensemble, l'amélioration est sensible dans tous les domaines.

De nombreuses patientes se trouvaient plus équilibrées au point de vue psychologique. La phrase : "je suis tellement soulagée" revenait souvent pour décrire le changement survenu.

La relation avec le mari et l'équilibre sexuel, le plus souvent inchangés étaient parfois améliorés.

Mais c'est le statut économique sur lequel l'amélioration est la plus nette : ceci par la possibilité de faire des projets et de prendre un emploi à temps partiel.

	Amélioration	Pas de changement	Détérioration
Etat psychologique	59 %	27 %	14 %
Entente conjugale	53 %	40 %	7
Equilibre sexuel	27 %	64 %	9 %
Adaptation économique	49 %	50 %	1 %

... / ...

L'étude du groupe des femmes ayant présenté des antécédents psychiatriques avant l'intervention (22 %), montre qu'elles ont retiré de celle-ci un bénéfice bien moindre que les autres quant à leur équilibre psychologique et à l'entente sexuelle conjugale.

La conclusion des auteurs est que la stérilisation chirurgicale peut améliorer la situation socio-économique mais a peu d'influence sur les problèmes psychiatriques fondamentaux.

EKBLAD en 1961, étudie le pronostic des stérilisations pratiquées pour motif socio-psychiatrique en Suède (sur 225 cas) :

- 78 % des femmes étaient totalement satisfaites ;
- 7 % regrettaient l'intervention ;
- 4 % avaient eu quelques troubles mais ne regrettaient pas ;
- 11 % avaient éprouvé des regrets occasionnels sans être perturbées de manière importante.

Il analyse les facteurs de regrets. Notons d'abord que sur les 225 femmes de l'étude, 191, soit 85 % étaient enceintes au moment de la stérilisation et que celle-ci avait été imposée par le "Board of Health" comme condition de l'avortement demandé.

- L'absence d'enfants est le facteur le plus important, les femmes ayant au moins un enfant étaient moins exposées aux regrets.
- L'âge (avant 30 ans).
- La pression exercée par le "Board of Health" ou la famille.
- L'instabilité du mariage.
- Les antécédents psychiatriques.

Si les antécédents psychiatriques sont de mauvais pronostic, il est cependant difficile au psychiatre de se désintéresser du problème et pour DESHAIES, celui-ci est responsable "quoi qu'il fasse ou ne fasse pas". La grossesse, en effet, constitue un risque chez les malades mentales, pour la mère par la culpabilité qu'elle peut entraîner alors qu'elle est souvent incapable de s'occuper de l'enfant. Risque aussi pour la famille, pour l'enfant et pour la société. Les nouvelles chimiothérapies et l'attitude plus libérale quant aux sorties d'essai, ont augmenté ce risque.

D'autre part, les psychoses puerpérales se produisent une fois sur 300 accouchements.

Il faut donc peser soigneusement les indications et les contre-indications psychiatriques à la stérilisation.

Une interprétation de l'impact psychologique de la ligature tubaire a été proposée par BARGLOW et EISNER.

Nous allons commencer par résumer le bilan qu'ils ont fait en 1966, de la ligature tubaire en Suisse.

Leur étude porte sur 1 293 cas. Il s'agit de femmes résidant à Zurich et stérilisées à l'hôpital Cantonal depuis 1956.

Dans le but de faire une enquête à la fois intensive et extensive, ils ont utilisé deux méthodes:

- des entrevues psychiatriques semi-directives d'environ une heure, ceci pour 167 patientes ;
- des questionnaires envoyés à 1 293 patientes, dont 833 sont revenus complets.

Les entrevues avec un psychiatre sont particulièrement intéressantes puisque, outre les dires de la patiente, ont été notés les rêves, les actes manqués, et des données non verbales telles les changements d'attitude au cours de l'entrevue. De plus, une évaluation psychiatrique globale portait sur les conflits de la patiente, ses mécanismes de défense, et son maniement des affects sexuels.

Les auteurs avaient fait une enquête préalable sur un échantillon témoin de même âge et de même parité pour éliminer la possibilité que les femmes demandant une ligature tubaire fassent partie d'une catégorie psychiatrique différente de la normale. Les résultats ne montraient pas de traits de personnalité typiques.

Après avoir convoqué les patientes pour l'entrevue, les auteurs se sont aperçus que suivant l'ancienneté de l'intervention, ils avaient plus ou moins de réponses. 93 % des femmes ayant été stérilisées 5 ans auparavant sont venues. Par contre, seulement 65 % de celles ayant subi l'intervention un an auparavant ont répondu. Ils donnent deux explications : d'une part, la difficulté de faire garder l'enfant (il s'agit de stérilisations puerpérales, donc l'enfant a moins d'un an), d'autre part, le besoin d'oublier et de prendre ses distances vis à vis d'une opération désagréable.

Lors de l'entrevue, les questions portaient sur la signification de l'opération pour la patiente, la culpabilité ou l'anxiété s'y rapportant, l'enquêteur lui demandait aussi ce qu'elle pensait des effets possibles de la stérilisation sur sa féminité et sur l'intégrité de son

corps. Il l'interrogeait sur l'apparition ou l'aggravation de symptômes physiques et psychologiques, sur les changements survenus dans sa vie sexuelle et dans son adaptation sociale.

Cinquante patientes ont aussi passé un test de Rorschach.

Quant au questionnaire, il comportait les questions suivantes :

1° Considérez-vous toujours que votre décision d'avoir une ligature des trompes a été bonne ? Sinon, pourquoi ?

2° Avez-vous remarqué des difficultés dans les relations avec votre mari, en rapport avec la stérilisation ? Lesquelles ?

3° Parmi les troubles suivants, y en a-t-il que vous ayez ressentis depuis l'opération et jamais avant ?

- douleurs pelviennes ;
- règles plus douloureuses ;
- signes de ménopause ;
- perte ou prise de poids.

4° Depuis l'opération, avez-vous eu l'impression d'être enceinte de nouveau ?

5° Etes-vous effectivement devenue enceinte après l'intervention ? Si oui, avez-vous eu

- un autre enfant ?
- une fausse couche spontanée ?
- un avortement thérapeutique ?

Suivant leur satisfaction, les auteurs ont divisé les patientes en trois groupes.

Le groupe I comprend les femmes pour lesquelles le résultat de l'intervention a été jugé excellent au cours de l'entrevue, et celles ayant répondu au questionnaire qu'elles étaient satisfaites de l'intervention.

Dans le groupe II, on trouve les femmes dont le résultat a été jugé bon, et celles qui ont exprimé une satisfaction incertaine dans le questionnaire.

Dans le groupe III, il y a les femmes dont le résultat a été jugé médiocre, et qui ont répondu au questionnaire qu'elles étaient mécontentes.

	I	II	III
Evaluation psychiatrique - A	54 %	31,0 %	15,0 %
Questionnaire - B	94 %	1,7 %	4,2 %

... / ...

On voit d'après la répartition respective des groupes, combien l'entrevue permet plus de nuances. Si 94 % des femmes se déclarent satisfaites, les enquêteurs n'en trouvent que 54 % pour lesquelles ils jugent l'évolution excellente.

L'analyse détaillée des entrevues psychiatriques a suggéré à BARGLOW et EISNER une analogie entre la perte de la fonction de procréer et la perte d'un être cher, l'adaptation à la nouvelle situation se faisant par un "travail du deuil".

Dans le groupe I, les patientes faisaient état de sentiments de relaxation plus grands et d'une amélioration de leurs relations sexuelles et interpersonnelles. Elles disaient trouver plus d'énergie pour des activités créatrices, ceci comme conséquence de leur libération de la peur des grossesses indésirées. (Il faut noter que 95 % des 167 patientes interrogées n'avaient pas désiré la grossesse précédant la ligature).

De telles réactions positives sont typiques de femmes "en bonne santé mentale" et s'apparentent à l'adaptation réussie à la ménopause décrite par BENEDEK.

Toutefois, ces réponses n'ont été obtenues que longtemps après la stérilisation et les questions sur cet intervalle de temps révèlent que les phantasmes de la période post-opératoire avaient un contenu et un ton dépressif. Ils s'accompagnaient d'une anxiété quant à la mort possible de membres de la famille et d'une surprotection des enfants.

Pour certaines femmes, c'était l'impression d'avoir perdu une partie de soi qui se manifestait par le sentiment d'un "vide" ou d'un désir insatisfait.

Ces sentiments étaient beaucoup plus intenses et persistaient plus longtemps que l'habituelle dépression du post-partum. Ils n'étaient pas contre-balancés par les gratifications dues à l'allaitement.

Pendant des semaines et des mois, ces femmes n'acceptaient pas l'idée d'avoir perdu leur capacité d'avoir un autre enfant. Ce refus se manifestait par des rêves de grossesse, des tests répétés de la nouvelle stérilité (rapports seulement les jours "fertiles" du cycle), un scepticisme quant aux résultats et l'évocation d'échecs connus de stérilisations.

Ces phantasmes diminuaient progressivement et disparaissaient généralement en 6 à 12 mois. Ensuite, les patientes acceptaient leur nouvel état et étaient capables de discuter de l'opération et de la recommander.

Une catégorie particulière de femmes (un quart du groupe I A) ne semblaient pas avoir effectué ce "travail" et ne semblaient jamais avoir

... / ...

inclus dans leur image du corps la fonction de "faire un enfant". Il s'agissait de femmes extraverties, avec des buts précis dans la vie, présentant très peu de symptômes psychiatriques ou somatiques. Certaines étaient "masculines", elles n'avaient pas désiré leurs enfants précédents et la stérilisation a pu créer chez elles un corps correspondant à l'"image" qu'elles s'en faisaient.

Le groupe II est celui des femmes n'ayant pas complété le "travail du deuil". Certaines ont pris des mesures contraceptives pendant des années, comme si leur fécondité n'avait pas été modifiée par l'intervention. La persistance de sentiments de honte et de culpabilité les a empêché de profiter des avantages évidents de la stérilisation.

Elles ont opéré une séparation entre la "fonction sexuelle mauvaise" et la "fonction reproductrice bonne".

C'est chez quelques-unes de ces patientes que sont apparus des symptômes de "pseudocyesis" ou grossesse nerveuse (BARGLOW et EISNER élargissent ce concept pour y inclure de multiples manifestations somatiques et émotionnelles).

Ce groupe II était constitué de femmes immatures, ayant tendance à "passer à l'acte" et présentant des symptômes de conversion hystérique. Leur mariage était souvent instable et elles se montraient ambivalentes avant l'opération. Elles rationnalisaient leurs motivations pour demander une stérilisation en amplifiant les inconvénients de la grossesse et dominaient leur anxiété et leur culpabilité à l'aide de ce prétexte qui les "forçait" à l'intervention. Elles changeaient plusieurs fois d'avis avant d'être opérées.

Ces femmes étaient souvent surprises qu'on les traite à l'hôpital comme les autres accouchées. Elles ne se plaignaient pas de la douleur, la considéraient comme une juste punition.

Une patiente de ce groupe donna par la suite régulièrement du sang, par compensation. D'autres, catholiques, cessèrent d'aller à l'église, y voyant une incompatibilité.

Dans le groupe III, les femmes présentaient une psychopathologie plus sévère. Dans la période immédiatement post-opératoire, on note une incidence élevée chez elles, de complications mineures et de douleurs, mais une très bonne acceptation de la stérilisation, comme s'il n'y avait rien eu à perdre. Les auteurs rapprochent ce phénomène du "déni" ou de l'ignorance de la maladie.

Par la suite apparaissent des troubles physiques et psychiatriques. Douleurs, modification des règles, sentiments d'infériorité,

... / ...

diminution de la libido et du plaisir sexuel. Elles faisaient état d'un sentiment de "vide", de la croyance d'être "abimées", "déchirées à l'intérieur", castrées. Toute maladie ou menace d'une séparation réactivait ces symptômes.

De ces données cliniques, BARGLOW et EISNER déduisent qu'une stérilisation est presque toujours perçue comme une perte. Si l'hysterectomie est la perte réelle d'un organe émotionnellement investi, la ligature tubaire est, elle, la perte d'une fonction. L'intégrité de "l'image du corps" a, selon eux, une valeur positive et forme le noyau de l'estime de soi.

Dans le groupe I, les femmes régressèrent mais peu et temporairement. Leur énergie se reporta graduellement de l'activité reproductrice à d'autres activités. Elles intégrèrent une nouvelle "image du corps" sans fonction de procréation.

Dans le groupe II, les femmes pour qui la grossesse est une source majeure de gratifications narcissiques eurent plus de mal à abandonner cette fonction. Ceci explique la longue persistance de phantasmes et de symptômes de "pseudocyesis" et leur réactivation à chaque menace de frustration.

La douleur pelvienne atteste la présence de l'organe : "il me fait mal, donc il est là", comme les douleurs des "membres fantômes" après amputation.

Dans le groupe III, les femmes dénièrent la perte, puis présentèrent des troubles somatiques tout en se percevant comme "mutilées".

L'analogie établie entre la stérilisation et la castration ne vient pas seulement de l'ignorance anatomique et physiologique, dans le domaine sexuel, elle est profondément symbolique et enracinée dans l'inconscient.

DIATKINE écrit à propos de la ménopause : "Même pour celles qui consciemment ne désiraient plus avoir d'enfants, l'impossibilité définitive d'en avoir prend le sens d'une mutilation, qui vient renforcer le phantasme de mutilation et de castration constaté chez beaucoup de femmes immatures".

Monique FAYETTE donne aussi une interprétation psychologique des troubles observés :

L'impossibilité d'une nouvelle grossesse entraîne un sentiment de frustration. Ceci parce que la grossesse, comme l'écrit Thérèse

... / ...

BENEDEK est une "immense source de fournitures narcissiques" et que la maternité répond parfois à un besoin de justification.

Un sentiment de culpabilité s'y ajoute, provoqué par les tabous plus encore culturels que religieux, dont les femmes sont prisonnières. "Faire l'amour est peut-être un vice quand on ne peut plus avoir d'enfants" cite Hélène MICHEL-WOLFROMM.

Le conflit irrésolu entraine une angoisse contre laquelle vont s'organiser des mécanismes de défense :

- phantasmatisation : persistance de l'idée de grossesse, de rêves, de douleurs pelviennes, de syndromes prémenstruels, de "grossesses nerveuses" ;
- déplacement de l'angoisse avec idées morbides, cancérophobie ;
- identification, et surcompensation se traduisant par l'adoption d'enfants, le maternage intensif des enfants existants... ;
- sublimation avec adhésion à des sectes puritaines, dons du sang, manifestations auto-punitives...

Quand ces mécanismes de défense sont dépassés apparaissent des modifications du comportement puis des troubles névrotiques :

- boulimie qui traduit la tentative de compensation orale d'une frustration affective ;
- phobies diverses : cancérophobie, hantise de la grossesse, peur de l'infection ;
- rites obsessionnels : contraception supplémentaire, toilettes répétées, visites médicales ;
- et enfin, somatisations diverses.

On peut donc penser que la stérilisation chirurgicale entraine toujours un conflit. Celui-ci est bien résolu par les femmes équilibrées, mais il peut provoquer chez les autres une décompensation de l'état antérieur.

En résumé, on peut tirer de toutes ces études, bien qu'effectuées dans des conditions différentes, un certain nombre de conclusions communes.

Quel que soit le motif de la stérilisation, un grand nombre de femmes (80 à 90 %) s'en montrent satisfaites.

L'âge, le nombre d'enfants et la stabilité du couple sont des facteurs de première importance.

Il vaut mieux ne pas pratiquer le geste définitif qu'est la stérilisation avant que la femme ait 30 ou 35 ans. S'il y a une indication médicale sérieuse ou si le nombre d'enfants est déjà très élevé, le risque

... / ...

pour une femme jeune, de regretter l'opération, est moindre.

A l'inverse, l'âge de 38 à 48 ans constitue une bonne indication, qui supprime les grossesses à haut risque de cet âge et les inconvénients de la contraception temporaire.

Le nombre d'enfants minimum est de trois, sauf impératif médical, mais une femme très maternelle peut regretter l'intervention même avec beaucoup plus d'enfants.

Une mauvaise entente conjugale entraîne un gros risque de regrets, et l'opération peut aggraver la mésentente.

La pression exercée sur la femme par son entourage ou le médecin est de mauvais pronostic. Si cette pression vient de la maladie, les regrets sont balancés par le risque encouru.

Le niveau socio-économique joue un rôle important mais complexe. S'il est bas, deux facteurs jouent en sens inverse :

- le soulagement apporté par la stérilisation aux grandes multipares, chez qui elle peut améliorer la situation économique ;

- le niveau culturel généralement parallèle et la difficulté d'accès à l'information tant sur la contraception(d'où des grossesses répétées qui finissent par faire pression sur la femme pour une stérilisation) que sur la nature de l'intervention et ses conséquences.

Le niveau intellectuel est aussi à considérer. Il doit être suffisant pour que la femme puisse comprendre les implications de la stérilisation.

En plus des regrets exprimés, on constate qu'un pourcentage plus ou moins grand de femmes suivant les enquêtes, se plaint après l'intervention de troubles gynécologiques fonctionnels, ou présente une détérioration psychologique.

Ce sont surtout les femmes ayant déjà des antécédents gynécologiques ou psychiatriques.

Le niveau de maturité affective doit être suffisant pour que la femme accepte sa nouvelle condition sans se sentir dévalorisée.

Il est à la fois difficile d'évaluer tous ces facteurs lorsqu'une femme demande à subir une stérilisation, impossible dans certains cas d'en tenir compte s'il existe une raison majeure à l'indication de stérilisation, et impossible dans tous les cas de prévoir les circonstances ultérieures de la vie qui pourront faire regretter cet acte.

En effet, c'est un aspect que nous n'avons jusqu'ici pas évoqué, mais il est évident que dans certaines circonstances, les femmes

... / ...

sont amenées à regretter l'opération, et parfois à demander une reperméabilisation : le divorce ou la mort du mari, suivis d'un nouveau mariage, la mort d'un ou plusieurs des enfants, font parfois souhaiter une nouvelle grossesse.

Les tentatives de reperméabilisation sont souvent un succès (70 % pour certains chirurgiens) mais il est plus prudent de considérer la stérilisation comme irréversible afin que l'indication en soit posée très soigneusement.

REPERCUSSIONS DE LA STERILISATION MASCULINE

Au premier abord, comme pour la stérilisation féminine, la majorité des auteurs font état de résultats satisfaisants (si on excepte les échecs, sensiblement plus nombreux).

JACKSON, HANLEY et BAIRD ont fait, en 1967, une étude portant sur 1 012 hommes vasectomisés par l'intermédiaire du Simon Population Trust (en Grande-Bretagne). 99 % d'entre eux se déclaraient satisfaits et disaient être prêts à recommander l'intervention autour d'eux. (Remarquons cependant que 5 % des hommes ayant accepté antérieurement de répondre au questionnaire ne le firent pas). Les indications étaient toutes "contraceptives", et la demande de vasectomie était motivée par l'échec ou le dégout des méthodes contraceptives.

Interrogés sur les changements survenus après l'intervention, la moitié des hommes dirent qu'ils n'en avaient pas constaté. Pour les autres, il y eut cinquante fois plus d'amélioration que de changements défavorables.

ROSE et REIMANN-HUNZIKER, qui ont pratiqué en Suisse 2 000 vasectomies en 25 ans, n'ont constaté que 2 % de regrets.

GARRISON et GAMBLE, interrogeant en 1950 aux Etats-Unis, cinquante patients "normaux" ayant été stérilisés, rapportent des résultats favorables dans l'ensemble.

C'est aussi le cas pour LANDIS et POFFENBERGER (cités par ZIEGLER) qui ont étudié 330 couples dont le mari avait subi une vasectomie.

DANDEKAR en 1963 donne les résultats de 1 191 vasectomies effectuées en Inde : 92 % des hommes se sont déclarés favorables à l'opération. Cependant, 53 % ont mentionné une diminution du désir sexuel.

D'autres auteurs ont étudié les répercussions psychologiques qu'ils ont trouvées souvent défavorables. JOHNSON, aux Etats-Unis en 1964,

... / ...

remarque qu'un certain nombre d'hommes admis dans un service psychiatrique ont subi une vasectomie, et il s'efforce de déterminer quel rôle a joué l'intervention dans la pathologie psychiatrique survenue.

Dans 14 % des cas, elle semble avoir joué un rôle déclenchant : 20 % des hommes regrettaient l'intervention et demandaient une réanastomose. Pour la plupart, c'était ceux qui avaient subi des pressions.

Par rapport à un groupe témoin, le nombre de divorces et de séparations n'était pas plus grand. L'adaptation sexuelle avait été améliorée pour 12 hommes (sur 83) et diminuée pour 11.

Les résultats sont assez mal interprétables, compte tenu de la sélection très particulière de l'échantillon, mais JOHNSON pense qu'il faut explorer mieux ce que représente la nature inhabituelle de l'opération : intervention chirurgicale sur une personne (le mari) pour le bénéfice d'une autre (la femme).

FERBER, TIETZE et LEWITT, en 1967 aux Etats-Unis, ont entrepris l'étude des changements médicaux, sexuels, psychologiques et sociaux, entraînés par la vasectomie chez 73 hommes. L'échantillon se composait d'hommes de milieu urbain stérilisés par l'intermédiaire de l'"Association for Voluntary Sterilization". Certaines caractéristiques apparaissent :

- D'abord une forte motivation prouvée par des tentatives répétées de subir l'intervention ; après parfois plusieurs refus, et souvent contre l'avis du médecin traitant.

- Un niveau socio-économique et culturel plus élevé que celui de la population générale (la plupart avaient une profession libérale ou commerciale).

- Plus de la moitié avaient entre 35 et 44 ans et tous avaient des enfants, trois pour la plupart,la moyenne étant de 3,9 au lieu de 2,3 pour l'ensemble de la population. Ceci semble indiquer ou une fécondité plus grande, ou un usage moins réussi des méthodes de contraception.

On peut noter aussi une différence d'âge entre les époux, plus grande que la moyenne, et une présence au culte religieux assez assidue.

Les raisons alléguées sont pour la moitié une insuffisance de ressources économiques. Presque tous avaient utilisé une méthode contraceptive. Pour plus des deux tiers, c'est le manque de confiance en une autre méthode qui motivait la demande de vasectomie, pour plus d'un tiers, c'est le caractère définitif de la décision prise (plusieurs motifs étaient souvent donnés).

Les enquêteurs ont cherché quelles avaient été les influences extérieures sur la décision. La première information était venue pour la

... / ...

moitié des hommes de la famille, des amis ou des collègues ; pour l'autre moitié, des moyens de communication de masse : audio-visuels, presse, etc...

Il est à remarquer que la plupart ne parlèrent pas de ce problème à leur médecin traitant. Quant à ceux qui en parlèrent, seuls 14 recueillirent un avis favorable.

Tous les hommes discutèrent de l'intervention avec leur femme. Si pour la plupart, la décision fut prise en commun, dans 9 cas la femme céda, dans 3 cas c'est le mari qui céda à la décision de sa femme, et dans 4 cas le mari le fit contre le gré de sa femme.

Les auteurs posèrent la question suivante : "Avez-vous l'impression d'avoir fait un sacrifice en ayant une vasectomie ?"

Six réponses furent positives. Pour les uns, il s'agissait d'un sacrifice personnel, la perte de la capacité d'avoir des enfants, d'autres accentuaient le côté altruiste du sacrifice consenti à la femme ou à la famille.

L'analyse des résultats montre tout d'abord trois échecs. Dans un cas, il n'y avait pas eu d'examen du sperme après l'opération, dans un autre, le dernier spermogramme avait été fait un mois après l'opération. Le troisième cas est celui d'un homme qui après deux vasectomies avait encore des spermogrammes positifs.

La reprise de l'activité sexuelle eut lieu entre trois jours et un mois après l'opération.

L'étude des changements opérés par la vasectomie dans le couple se fit au cours d'entrevues de deux heures avec des résidents en psychiatrie, qui explorèrent l'état de santé, le comportement sexuel, l'adaptation sociale (entente conjugale, relations au travail et avec les amis, éducation des enfants), la satisfaction au sujet de l'opération et le comportement social à propos de l'opération :

1° L'état de santé : peu influencé par la stérilisation. Par contre, un tiers des hommes notèrent un changement chez leur femme, chez 22 en mieux, chez l'une en pire.

2° Comportement sexuel (analysé très en détail) :

- la fréquence des rapports a augmenté bien que quatre ans se soient écoulés depuis l'intervention et qu'on puisse s'attendre, d'après KINSEY, à une diminution ;

- la satisfaction du mari, inchangée dans un tiers des cas, était accrue pour les deux tiers qui se sentaient plus libres, moins inhibés ;

- la satisfaction sexuelle de la femme (rapportée par le mari, quatre fois sur cinq améliorée ;

Seulement trois hommes et trois femmes avaient une vie sexuelle moins satisfaisante qu'avant l'opération.

Les auteurs ont particulièrement étudié la fréquence de l'adultère à cause des préjugés couramment répandus selon lesquels la peur de la grossesse supprimée par la stérilisation ne constitue plus un frein à l'adultère. Ils n'ont pas constaté d'augmentation significative.

3° Changements psycho-sociaux : D'après la plupart des hommes, l'amélioration a été plus notable pour leur femme que pour eux-mêmes. Elles étaient moins tendues, ce qui entraînait une meilleure relation dans le couple. Ils ne firent pas état de changements importants dans leurs relations de travail ou dans leur souci à l'égard des enfants.

4° L'attitude vis à vis de l'opération est intéressante à étudier : Si 72 hommes se déclaraient prêts à recommencer et 71 prêts à la recommander autour d'eux, seuls 35 en avaient effectivement parlé, (le refus de recommencer venait de l'homme ayant subi sans succès deux interventions).

La moitié des hommes ne souhaitaient pas que cela se sache autour d'eux. En posant la question, les enquêteurs constatèrent que même les hommes répondant que cela leur était égal, montraient à ce moment une certaine tension.

Les conclusions de FERBER, TIETZE et LEWITT sont que, d'une certaine façon, à un certain niveau, la vasectomie est perçue par tous les hommes comme une castration, et que même ceux qui parviennent à surmonter leur propre sentiment de dévalorisation, n'acceptent pas toujours la désapprobation des autres. Ils pensent que la vasectomie réveille des peurs infantiles et provoque des phantasmes de castration, d'impuissance, ainsi qu'une baisse de l'estime de soi. Les patients projettent sur un vague "autre" les sentiments négatifs qu'ils éprouvent au sujet de l'opération. Ils refusent d'en parler autour d'eux, de peur qu'on ne les juge diminués.

De l'avis des auteurs, bien des difficultés pourraient être évitées si une information claire et précise au sujet de la vasectomie était diffusée, aussi bien dans la grande presse qu'auprès des médecins. Les préjugés sociaux qui s'attachent à la vasectomie sont dus en grande partie à l'idée fausse que s'en fait le public.

Ils se disent en désaccord avec l'opinion parfois émise sur la pathogénicité de la vasectomie (JOHNSON) et pensent que si la résolution des phantasmes de castration est nécessaire pour qu'un homme s'adapte à son nouvel état, il y est aidé par l'impression de maîtrise et de soulagement ressentie, et par le sentiment d'avoir pris en mains son destin.

Une autre étude faite en 1966 par ZIEGLER, RODGERS et KRIEGSMAN est moins optimiste. Intrigués par le fait que 90 % des hommes se déclarent satisfaits de l'opération mais signalent cependant des

détériorations au niveau familial, sexuel ou psychologique, les auteurs ont entrepris une enquête plus complète. Alors que la plupart des études sont rétrospectives, ils ont, eux, examiné avant et après l'opération, 42 couples dont le mari devait subir une vasectomie. Ils ont de surcroit pris un groupe témoin de 42 couples dont la femme prenait un contraceptif oral. Chacun des 168 conjoints a été interrogé séparément par un psychiatre et a rempli plusieurs tests psychologiques. Ceci fut renouvelé quatre mois après, puis un à deux ans après.

Les couples "à vasectomie" étaient dans l'ensemble un peu plus âgés que les couples "à pilule", avaient plus d'enfants, avaient été mariés plus longtemps, et avaient des rapports sexuels un peu moins fréquents.

Après avoir fait des sous-groupes plus comparables, les auteurs retiennent 22 couples dans chaque groupe, dont toutes les caractéristiques mesurées sont semblables, exceptées celles concernant le choix de la méthode contraceptive.

Les résultats de la deuxième étude (un à deux ans après) font apparaître :

- la quasi-unanimité des couples à exprimer leur satisfaction de l'opération ;

- une augmentation des manifestations sociales de "virilité" : marques d'assurance, prises de responsabilités, sociabilité, intérêt pour les enfants..., ceci était décrit par les hommes à propos d'eux-mêmes, mais aussi par leur femme.

En revanche, la femme était décrite par les deux comme moins tendue, plus heureuse mais aussi plus passive.

- Il apparaît en profondeur une insécurité plus grande et une détérioration de la relation du couple.

Après la vasectomie, le mari et la femme, par une sorte d'accord tacite, disent que l'opération a été bénéfique pour leur couple, bien que les tests montrent le contraire. Les changements défavorables survenus sont mis sur le compte de circonstances extérieures. Les auteurs pensent que "l'investissement" du couple a été trop grand pour qu'il puisse se permettre d'avoir des doutes.

Certains maris se sont servis de la vasectomie comme d'une monnaie d'échange, agissant après l'opération comme si après un tel sacrifice ils n'avaient plus besoin d'être attentionnés vis à vis de leur femme.

... ...

Les résultats montrent que la menace à la virilité représentée par la vasectomie, et les préjugés culturels hostiles dont elle est l'objet, ont une action néfaste sur le couple. Celui-ci se trouve sensibilisé à l'aspect viril ou non du comportement du mari. Des attitudes acceptables de la part d'un homme dont la virilité n'est pas mise en doute, peuvent paraître suspectes si le doute est émis. Qui doit se montrer autoritaire vis à vis des enfants, qui doit prendre les décisions, qui doit faire la vaisselle ?... Ces questions prennent une tout autre dimension.

On voit que la liberté de comportement du couple est réduite. Il tend à une surcompensation des effets possibles de l'opération et ceci de manière culturellement déterminée, c'est-à-dire qu'il adopte l'attitude culturellement la plus conforme malgré l'inconfort et la rigidité qui en découlent.

Les maris vasectomisés supportent moins bien les rivalités avec leur femme, et les femmes se sentent obligées à une attitude passive "féminine", évitant la compétition avec le mari, surtout si elles éprouvent au sujet de l'opération un sentiment de culpabilité.

Les auteurs concluent que la vasectomie est considérée comme dévirilisante et provoque une réaction hypermasculine. Les comportements considérés "non-virils" ont tendance à être éliminés car générateurs d'anxiété et ceci restreint le champ des comportements possibles.

Dans certains cas, le résultat est positif, les attitudes immatures et indécises diminuent, le rôle professionnel, le rôle paternel sont mieux assumés, mais dans d'autres cas, la rigidité des réactions entraine une baisse de l'efficacité, elle réactive l'anxiété et détériore l'entente conjugale.

Les auteurs expliquent ces mauvaises réactions psychologiques post-opératoires par le fait que l'estime de soi est considérablement influencée par l'opinion des autres et que l'image de soi et l'échelle des valeurs se développent au fur et à mesure que l'individu "internalise" les normes sociales et se voit à travers les autres.

Ils ont voulu préciser quelle était l'image qu'on se faisait aux Etats-Unis de la vasectomie, et quelle était l'attitude généralement adoptée à son égard. Une autre enquête a donc été réalisée par RODGERS, ZIEGLER et LEVY, auprès de 17 couples mariés faisant partie d'une communauté protestante et auprès de 127 étudiants en psychologie. La majeure partie était quelque peu informée au sujet de la contraception orale et de la

... / ...

vasectomie.

Tous les participants se sont vus remettre la description brève d'un couple hypothétique moyen. Pour la moitié, la description contenait la phrase : "le mari a eu une vasectomie dans un but contraceptif" ; pour l'autre moitié : "la femme prend des pilules". Le reste de la description était identique.

On demandait ensuite aux participants de compléter la description du couple.

L'analyse des réponses montre une attitude plus favorable de l'ensemble des sujets à l'égard du couple "à pilules".

Le contrôle de la fécondité est culturellement accepté et même souhaité, mais le jugement porté sur le couple à vasectomie (aussi bien sur le mari que sur la femme) est plus négatif.

On voit qu'un couple, après vasectomie du mari, si elle est connue, peut rencontrer des réactions d hostilité ou de mépris, qu'il lui sera très difficile de combattre car ce jugement ne porte pas sur des points spécifiques susceptibles d'être réfutés, mais est général.

ZIEGLER a complété cette étude "longitudinale" en revoyant quatre ans après, les couples dont le mari a subi une vasectomie, et les couples témoins dont la femme prenait "la pilule". A ce stade, ils n'ont pas constaté de différence importante entre les deux.

Il semble donc qu'un intervalle de temps puisse, chez la majorité des hommes bien équilibrés, permettre de résoudre les conflits provoqués par la perte de leur fécondité.

Dans l'étude en question, ils y ont été aidés par les entrevues nécessaires à l'enquête, qui ont permis aux problèmes d'être verbalisés, discutés, et, comme disent les psychiatres, "ventilés".

REVAZ et GLOOR se sont aussi penchés sur les séquelles psychosomatiques de la stérilisation masculine, et surtout sur son retentissement à un niveau inconscient.

Ils ont constaté chez les hommes ayant subi une vasectomie des symptômes hypochondriaques, des manifestations d'infériorité, de dévalorisation, de dépression et même des phénomène franchement psychotiques. Comme ZIEGLER, ils ont aussi assisté à des modifications du comportement.

Cependant, ils hésitent à parler de séquelles de la vasectomie car les situations dans lesquelles on est amené à prendre

/ ...

une décision de stérilisation sont souvent, en elles-mêmes, défavorables et susceptibles de préparer des accidents psychologiques avec ou sans intervention.

Si la préparation de l'intéressé sur le plan psychologique est primordiale, elle n'offre pas de garantie car elle se place sur un niveau conscient et ne pourra pas toujours éliminer les angoisses inconscientes plus ou moins bien perçues par le patient.

La stérilisation peut, comme tout geste chirurgical, porter atteinte au schéma corporel de l'individu et l'investissement émotionnel conscient et inconscient dont sont l'objet les organes génitaux rend particulièrement angoissant ce type d'intervention.

Le "complexe de castration" qui peut se liquider chez la femme à l'aide d'une vie sexuelle heureuse et de la maternité provoque chez l'homme, selon GLOOR, toute une série de comportements : activité sociale ou professionnelle compensatoire, "hypervirilité", résistance à la contraception, "couvade"...

Selon lui, il est traditionnellement conforme à la nature des choses que la femme qui a déjà affaire dans son destin potentiel aux menstruations, à la défloration, à l'accouchement, à l'allaitement et à la ménopause, puisse encore bien assumer les manoeuvres contraceptives diverses ou se résigner à une stérilisation. Cette intervention est ressentie par nombre d'hommes comme un sacrifice.

On peut penser que l'interprétation de BARGLOW et EISNER en ce qui concerne la stérilisation féminine, s'applique aussi à la stérilisation masculine. La perte de la fonction de reproduction demande, chez l'homme aussi, un "travail du deuil" pour être bien acceptée. Peut-être est-il plus long et plus difficile chez l'homme parce que la menace de castration est chez lui plus directe, plus apparente, ne serait-ce que parce que ses glandes sexuelles sont externes ?

Peut-être aussi, la perspective de la ménopause qui produira chez la femme le même résultat que la stérilisation, l'aide-t-elle à accepter ce qui n'est, somme toute, que l'accélération artificielle du déroulement biologique inéluctable ? Le programme biologique de l'homme ne comporte pas cet arrêt et, comme le dit GLOOR "la stérilisation représente un drame pour le narcissisme spécial de l'homme dont le destin potentiel comporte une fertilité prolongée jusqu'à la vieillesse."

En résumé, chez l'homme, les facteurs susceptibles d'entrainer des résultats défavorables après stérilisation, sont moins divers que chez la femme. En effet, chez lui, la stérilisation est toujours un acte volontaire, elle ne peut être imposée pour des raisons médicales. Cependant, il peut, lui aussi, subir des pressions, ce qui sera comme chez la femme, mal supporté.

La pression peut venir de la société, c'est le cas en Inde où DANDEKAR a vu la mauvaise acceptation prendre la forme d'une baisse du désir sexuel chez la moitié des hommes.

La pression peut être exercée par la femme ou par le médecin, l'entente du couple risque alors d'en pâtir. Ceci sera le cas même sans pression exercée, si le couple n'était pas d'accord sur cette décision.

Les autres facteurs sont, bien sûr, l'âge et le nombre d'enfants et surtout la stabilité du couple.

Prenons l'exemple d'un homme ou d'une femme de quarante ans, qui veulent se remarier ; il est évident que l'homme formera plus facilement que la femme le projet d'avoir d'autres enfants, car si chez elle la fécondation hypothèque, au minimum neuf mois de sa vie, il n'en va pas de même chez l'homme.

Les antécédents psychologiques du candidat à la vasectomie doivent attirer particulièrement l'attention, et une personnalité hypochondriaque ou un comportement laissant à penser que l'homme sent sa virilité menacée, ne sont pas d'un bon pronostic.

Le niveau socio-économique joue un rôle surtout dans la sélection des hommes demandant une vasectomie, il n'en influence pas les résultats. C'est dans les classes aisées, qu'il y a proportionnellement le plus de demandes de vasectomies. Le bon niveau culturel et intellectuel fait que l'intervention est comprise et n'est pas consciemment assimilée à une castration.

Cependant, la compréhension des avantages de la stérilisation masculine ne suffit pas à détruire les conditionnements inconscients. La mauvaise réputation dont jouit la vasectomie en est la preuve, et elle ajoute aux inconvénients de cette intervention, celui de faire "mal considérer" le couple qui y recourt.

Les motivations de l'homme demandant une stérilisation méritent un examen attentif. Elles sont d'ordre idéologique beaucoup plus souvent que chez la femme, chez qui elles sont en général "égoïstes". Une

... / ...

grossesse indésirée est une réalité physique pour la femme, alors que son retentissement chez l'homme est certes émotionnel, mais reste du domaine de la pensée. C'est donc en pensant avant tout à la femme ou à l'entité du couple, qu'un homme envisage une stérilisation sur lui-même. Il y a là une démarche altruiste qui peut être soit ressentie consciemment comme un sacrifice, soit inconsciemment provoquer une recherche de compensations.

Le résultat est le même si le sacrifice est consenti à la collectivité avec le souci de l'avenir de l'humanité.

Ce choix, résultant d'une prise de conscience d'un problème peut sembler pessimiste à certains. Il est certainement le fait d'une minorité d'hommes se sentant personnellement responsables des autres et exposés par leur sensibilité même à des répercussions psychologiques défavorables.

OBSERVATIONS

Nous allons, à titre d'exemple, citer quelques situations qui illustrent certains des problèmes rencontrés lorsque se pose une indication de stérilisation.

Les patientes dont il s'agit ont toutes été opérées par PALMER suivant la technique d'électrocoagulation-section des isthmes tubaires, entre 1961 et 1972. Ces exemples reflètent bien sa position quant aux indications de la stérilisation féminine :

- Madame CHA... (1961) trois enfants vivants, quatre fausses-couches ou enfants mort-nés par immunisation Rhésus.
- Madame DEB... (1962) 32 ans, 8 accouchements et 6 fausses-couches : "hyperfécondité".
- Madame BEL... (1962) 36 ans : "hyperfécondité" et épilepsie.
- Madame PAU... (1962) 35 ans, multiparité, multi-abortivité, schizophrénie.
- Madame REM... (1962) 36 ans, "hyperfécondité".
- Madame TES... (1962) 30 ans, 5 enfants malgré l'emploi d'une méthode contraceptive (coït interrompu).
- Madame GAU... (1963) 32 ans, trois enfants. Adressée par son médecin traitant et un psychiatre pour psychose puerpérale lors de chaque accouchement.
- Madame FIL... (1963) infirme neurologique, 3 enfants : "cas social".
- Madame REN... (1963) 4 accouchements, 2 enfants anormaux, 3 morts foetales.
- Madame BAT... (1964) 32 ans, 2 enfants. Tuberculose pulmonaire étendue. Rechute lors de chaque grossesse.
- Madame CHA... (1964) 34 ans, malformation cardiaque. 2 accouchements et 1 fausse-couche accompagnés de troubles cardiaques. Adressée par trois médecins.
- Madame LAM... (1964) 32 ans, 2 accouchements suivis de troubles psychologiques et 1 fausse-couche spontanée à 3 mois 1/2 de

... / ...

grossesse, catastrophique.

- Madame DUM... (1964) 43 ans, 15 enfants vivants dont le dernier en 1964. "Hyperfécondité".

- Madame BOU... (1964), 21 ans, 2 enfants, syndrome myélitique multiloculaire aggravé par les 2 grossesses.

- Madame MAL... (1965) 38 ans, 6 enfants en 8 ans. Equilibre psychologique perturbé par la crainte d'une nouvelle grossesse.

- Madame DEU... (1965), 29 ans, 6 enfants en 8 ans.

- Madame DEF... (1965) 35 ans, 5 enfants et 1 fausse-couche en 6 ans.

- Madame FRE... (1965), 28 ans, 2 enfants, puis 3 fausses-couches en 2 ans, troubles psychologiques en rapport avec la crainte d'une nouvelle grossesse.

- Madame VER... (1967) 34 ans, 2 césariennes difficiles, 1 grossesse extra-utérine. Contraception locale impossible et orale mal tolérée.

- Madame MAR... (1967), 42 ans, 13 accouchements : "hyperfécondité".

- Madame MER... (1967), 5 accouchements, 4 enfants vivants, Contraception locale impossible.

- Madame HER... (1968), 37 ans, 2 accouchements (le deuxième compliqué d'un volvulus du grêle), 3 fausses-couches.

- Madame GRI... (1968), 34 ans, tuberculose pulmonaire et rénale avec néphrectomie gauche. 2 enfants. Contraception locale impossible.

- Madame GUI... (1968), 34 ans, psychotique. 1 accouchement, 1 fausse-couche.

- Madame VIL... (1968), 44 ans, 9 enfants, 6 fausses-couches. Contraception difficile.

- Madame REG... (1968), 34 ans, 6 enfants en 10 ans. Peur obsessionnelle de nouvelles grossesses. Intolérance au diaphragme et à la "pilule".

- Madame FER... (1968), 31 ans, 1 grossesse. 2 fausses-couches, Traitée par les antidépresseurs. Demandait une hystérectomie pour ménométrorragies.

- Madame ARN... (1968), 40 ans. 6 enfants (le dernier infirme moteur cérébral). 3 fausses-couches. Stérilet et "pilule" mal supportés.

... / ...

- Madame MAR... (1969) 30 ans. Toxémie gravidique au cours des deux grossesses. 1 mort néonatale, 1 enfant vivant.

- Madame LEP... (1969), 4 enfants et 6 fausses-couches en 6 ans. Echec de la contraception.

-Madame DET... (1969), 32 ans, "hyperfécondité", 8 enfants en 12 ans. Pilule mal supportée. Diaphragme impossible.

- Madame BEA... (1969), 35 ans, 4 enfants. Accident d'immunisation Rhésus au quatrième accouchement. Mauvaise tolérance des oestro-progestatifs.

- Madame BRE... (1969), 36 ans. Deux enfants. Antécédents d'ovariectomie droite. Ménorragies depuis 9 ans (10 jours). Dysménorrhée. Douleur pelvienne continue.

- Madame FAR... (1969), 35 ans, hyperfécondité, 7 accouchements et 2 fausse-couches. Mauvaise tolérance de la contraception orale.

- Madame LEP... (1969), 37 ans, 3 accouchements, 2 accouchements prématurés avec mort foetale. 1 grossesse extra-utérine nécessitant une transfusion suivie d'ictère. Contraception orale mal supportée.

- Madame RUS... (1969), 38 ans, 4 enfants en 5 ans et 1 fausse-couche.

- Madame DIS... (1969), 41 ans, 4 enfants, 5 fausses-couches. "Hyperfécondité".

- Madame MON... (1969), 30 ans, 9 grossesses dont 6 enfants vivants, 1 mort-né. 2 fausses-couches, la dernière sous "DIU". Ec hec de la méthode Ogino et du diaphragme. Intolérance à la "pilule".

- Madame THI... (1969), 41 ans. 8 accouchements et 5 fausses-couches.

- Madame DUP... (1969), 37 ans. Pas de grossesse. Ne veut pas d'enfant car calvitie familiale (grand'mère, frère et 3 enfants de la soeur).

- Madame LIN... (1969), 36 ans. 3 grossesses. 1 fille avec un myxoedème congénital, 1 garçon mort à 1 mois, en insuffisance cardiaque. Contraception orale impossible ear varices importantes avec ulcères variqueux traités par greffe.

- Madame GUI... (1969), 38 ans. 3 enfants, 1 fausse-couche sous Nacenyl avec pose d'un stérilet complémentaire.

- Madame CAU... (1969) 36 ans. 6 enfants puis 1 prématuré de 7 mois mort, puis 1 fausse-couche à 5 mois 1/2 de grossesse. Intolérance à la "pilule" (obésité). Contraception locale impossible.

... / ...

- Madame ROU... (1969), 3 accouchements. Lors du troisième, exsanguino-transfusion de l'enfant pour incompatibilité Rhésus. 1 fausse-couche. Varices contre-indiquant les oestroprogestatifs.

- Madame LAB... (1970), 31 ans. 6 accouchements dont 1 par césarienne. 2 fausses-couches. Intolérance à la "pilule".

- Madame COD... (1970), 39 ans, 2 enfants, 2 fausses-couches. Diaphragme impossible. Contraception orale mal supportée.

- Madame MOR... (1970), 35 ans, 4 enfants dont 1 "sous stérilet" et 1 fausse-couche sous stérilet. Troubles circulatoires et obésité contre-indiquant les oestro-progestatifs.

- Madame LEP... (1970), 26 ans. 3 césariennes pour scoliose vertébrale importante. Intolérance à la "pilule".

- Madame FLO... (1970), 31 ans, 2 accouchements et 6 fausses-couches. Varices contre-indiquant la contraception orale.

- Madame MON... (1970), 31 ans, 2 accouchements suivis d'une périnéoraphie. La troisième grossesse a imposé la césarienne.

- Madame MAL... (1971), 34 ans, 4 enfants, 2 fausses-couches. Varices.

- Madame GUI... (1971), 27 ans, 4 enfants en 5 ans. Phlébite du post-partum. Varices. Contraception locale impossible.

- Madame PIC... (1971), 38 ans, 5 enfants, 5 fausses-couches malgré l'essai de contraceptifs multiples : condom, diaphragme, oestro-progestatifs mal supportés, méthode Ogino + condom.

- Madame COA... (1971), 32 ans. 3 enfants. Intolérance à la"pilule". Rejet du stérilet à deux reprises.
. première intervention : pose de 2 hémoclips à 1 et 2 cm de l'angle utérin.
. seconde intervention : section-électrocoagulation percoelioscopique après grossesse.

- Madame BLA... (1971), 44 ans, 6 enfants et 1 fausse-couche.

- Madame BLU... (1971), 34 ans, 1 grossesse gémellaire. 3 fausses-couches. Stérilet et contraception orale mal supportés.

- Madame DES... (1972), 42 ans, 4 enfants, chloasma et hyperlipémie contre-indiquant la contraception orale.

- Madame TER... (1972), 37 ans, 2 accouchements difficiles. Antécédents de tuberculose pulmonaire.

- Madame DEL... (1972), 33 ans, 3 grossesses suivies d'états dépressifs. Adressée par un psychiatre.

... / ...

- Madame SOR... (1972), 37 ans, 3 accouchements très difficiles. Stérilet entraînant des ménorragies parfois cataclysmiques. Utérus fibromateux.

- Madame PER... (1972), 33 ans. 4 enfants. Phlébite lors du dernier accouchement. Echec de toutes les méthodes de contraception proposées.

- Madame FER... (1972), 29 ans, 2 enfants. Accès psychotiques après chaque accouchement. Echec du stérilet. "Pilule" et diaphragme contre-indiqués par l'état psychologique. Adressée par un psychiatre.

- Madame GUI... (1972), 43 ans. 1 enfant. Phobie de la grossesse provoquant une mésentente du couple.

- Madame STA... (1972), 43 ans, 6 accouchements. Eczéma grave.

- Madame LEH... (1972), 31 ans, 3 enfants. Scoliose importante, sciatiques répétées.

- Madame GUR... (1972), 39 ans, 2 enfants dont un mongolien. Contraception locale impossible. Hyperlipémie.

Nous citerons également trois cas de stérilisation masculine. Les situations ayant permis de poser l'indication sont très semblables aux précédentes :

- Monsieur LIB... (1971), 4 enfants. Chez sa femme, une grossesse extra-utérine et une intervention sur hémorroïdes. Contraception orale mal tolérée.

- Monsieur BAZ... (1971), 34 ans, 4 enfants dont 2 avec craniosténose opérée mais conservant des séquelles psychomotrices. Le généticien indique un pourcentage de 25 % de risque pour toute nouvelle grossesse. Contraception orale mal supportée par la femme.

- Monsieur RIP... (1972), 34 ans, 3 enfants dont le dernier malgré l'utilisation du condom. Essai de contraception orale puis d'un stérilet par sa femme, tous deux mal supportés.

ROLE DU MEDECIN

Tout ce que nous avons vu jusqu'ici montre à quel point les attitudes médicales sont différentes, à l'égard de la stérilisation, d'une époque à l'autre, d'un pays à l'autre et d'un médecin à l'autre.

Le médecin après tout, est un homme (ou une femme) qui subit comme ses patients les pressions morales, culturelles, religieuses et déontologiques de son environnement. La façon dont il abordera le problème de la contraception et de la stérilisation dépend de sa personnalité, des valeurs auxquelles il croit et des tabous qui persistent dans son inconscient.

Un exemple montre que ce n'est pas tant la législation qui fait obstacle chez les médecins à l'acceptation de la stérilisation, que leurs conceptions personnelles.

Deux enquêtes menées, l'une auprès des gynécologues anglais, l'autre auprès des urologues américains, ont donné des résultats qu'il est intéressant de comparer :

En 1970, DAVIS et HULKA ont envoyé un questionnaire à tous les urologues des Etats-Unis. Ils ont obtenu 1 109 réponses, soit environ 40 %. Parmi ceux-là, 36 % ne pratiquaient jamais la vasectomie, leurs objections étant avant tout "légales" puis "morales". Ceci paraît curieux puisque seuls deux Etats américains ont une législation restrictive en la matière.

BLACKER et PEEL, en 1969, ont obtenu de la part de 882 gynécologues et chefs de service du "Service National de Santé la réponse suivante : 96 % n'étaient pas retenus par des questions de principe quand l'indication d'une stérilisation féminine était posée. Ceci alors que la grande majorité des indications sont socio-économiques.

Les auteurs sont frappés par le fait que les gynécologues anglais"hésitent moins qu'on ne pouvait s'y attendre" à stériliser pour des raisons sociales.

Peut-on penser que le fait que les urologues sont pratiquement toujours des hommes a influencé leur "connaissance" de la loi ?

... / ...

Il se produit probablement pour certains un phénomène d'identification au patient, et un médecin peut refuser de pratiquer un geste qu'il n'aimerait pas subir.

I - ESSAI D'OBJECTIVITE

Ce qui paraît le plus important de la part du médecin, c'est sa réceptivité à la demande du ou de la patiente. Il doit avant tout être "à l'écoute" de son interlocuteur, et ne pas chercher à faire pression sur lui, dans un sens ou dans l'autre.

Nous avons vu que lorsque la première suggestion de la stérilisation a été faite par le médecin, les chances de regrets sont beaucoup plus élevées que si l'idée vient de la patiente.

Toute pression, de quelque nature qu'elle soit, augmente aussi les chances de mauvais résultats.

Mais il n'est pas bon non plus que le médecin accepte de pratiquer toutes les stérilisations qui lui seront demandées. Il exposerait alors nombre d'hommes et de femmes à des regrets ou à des répercussions psychosomatiques néfastes. La demande profonde, en effet, n'est pas toujours la même que la demande explicite.

II - ROLE D'INFORMATION

Les médecins pourraient jouer un rôle considérable dans la "prévention de la stérilisation chirurgicale".

En effet, de nombreuses enquêtes montrent que c'est dans les classes sociales les plus défavorisées que le contrôle des naissances est le moins connu, le plus mal compris, et le plus mal accepté. La naissance du premier enfant y est plus précoce, l'espacement entre les enfants plus réduit, et le nombre total d'enfants plus élevé que dans les couches sociales plus favorisées.

Tant qu'il n'existera pas un moyen de contraception d'une grande simplicité et totalement efficace, tant que l'éducation et l'information seront parcellaires, la stérilisation peut représenter une bonne solution.

Malgré tout, l'extension de la pratique de la stérilisation n'est que palliative, et l'idéal serait une élévation du niveau de vie et d'éducation permettant l'accès aux moyens de contraception qui exigent

... / ...

certes plus de discipline et de compréhension, mais assurent au couple une plus grande responsabilité sur sa fertilité.

Si on ne peut attendre du médecin qu'il améliore le niveau général de vie et d'éducation, il peut, par une information sur la physiologie sexuelle et la contraception, éviter souvent le recours tardif à la stérilisation.

Si cependant la demande de stérilisation lui est faite, il faut avant tout qu'il s'assure que le couple a bien accepté l'irréversibilité de l'intervention. Que l'homme ou la femme a compris clairement ce qui allait être modifié en lui.

Des explications détaillées doivent être données, même lorsque le niveau d'éducation peut faire croire à une bonne connaissance de la physiologie sexuelle.

L'anxiété pré-opératoire entraîne souvent, comme nous l'avons vu, des complications post-opératoires. Il faut, d'autre part, clairement différencier la stérilisation de la castration, de manière à éliminer, au moins sur un plan conscient, les analogies faites par le patient.

Par ailleurs, l'efficacité de la vasectomie peut être très compromise si le sujet n'a pas été bien informé du laps de temps nécessaire à l'installation de sa stérilité, et s'il n'a pas compris la nécessité de faire pratiquer des spermogrammes de contrôle.

III - EVALUATION DE L'INDICATION

Comme il n'est pas possible sans psychothérapie en profondeur d'empêcher que l'intervention soit vécue comme une castration, il faudrait éliminer dans la mesure du possible, les patients ou les patientes pour qui cela représente un traumatisme trop important et difficile à surmonter.

C'est éventuellement au psychiatre, mais le plus souvent au médecin de famille et au chirurgien, d'évaluer la maturité de la femme ou de l'homme, le degré de responsabilité du couple, la situation familiale.

L'expérience accumulée depuis des années, permet maintenant de prévoir un certain nombre de facteurs qui joueront un rôle dans l'acceptation bonne ou mauvaise de la stérilité artificielle.

Les conditions dites "de convention" sont un guide, mais elles ne peuvent permettre de trancher tous les cas. Il faut une étude individuelle attentive, mais malheureusement, cette condition n'est pas suffisante et n'offre pas de garantie contre les regrets.

IV - CHOIX DU TYPE ET DU MOMENT DE L'INTERVENTION

Lorsque l'indication de la stérilisation est posée pour un couple, le médecin a un rôle de conseil à jouer. Qui doit être stérilisé ? L'homme ou la femme ? Ce choix, qui ne peut être fait que par le couple, ne se pose qu'en cas de monogamie absolue. Le médecin ne peut qu'énumérer les avantages et les inconvénients de chaque intervention.

MERZ donne une appréciation comparée de la stérilisation sexuelle de l'homme et de la femme, en cotant de 0 à 10 chaque aspect de l'opération.

	STERILISATION DE L'HOMME	STERILISATION DE LA FEMME
Sécurité. Efficacité	8	9
Simplicité opératoire	10	6
Morbidité opératoire	10	8
Mortalité opératoire	10	8
Séquelles organiques	9	9
Effets sur les gonades	4	10
Séquelles psychiques	3	8
Séquelles familiales et sociales	0	9
TOTAL	54	66

La stérilisation de l'homme, selon lui, comporte certains avantages pratiques indéniables, elle implique à plus ou moins long terme, parfois des conséquences psycho-sociales non négligeables, en sorte que ces indications restent limitées à certaines situations bien définies.

REVAZ partage ce point de vue, et pense qu'il faut insister sur l'acceptabilité des méthodes temporaires de contraception.

RODGERS et ZIEGLER ont étudié l'influence de la personnalité des conjoints sur le choix d'un moyen de contraception, et sont parvenus aux conclusions suivantes :

Lorsque, dans un couple, la femme est indépendante, aime

... / ...

les relations sexuelles et désire se charger de la responsabilité de la contraception, les méthodes féminines sont préférables.

Au contraire, si la femme est très dépendante, moins intéressée par les rapports sexuels, si le mari a un ascendant social et intellectuel net sur sa femme, le choix se pose entre : coït interrompu, préservatif masculin ou vasectomie (si le couple désire une contraception définitive).

La vasectomie peut être une méthode de choix si l'homme n'a pas de tendances hypochondriaques ni de doutes sur sa virilité, et si les implications sous-jacentes de l'intervention peuvent être discutées avant et après.

Si c'est la stérilisation féminine qui a été choisie, il se pose le problème du type d'intervention, de la voie d'abord et du moment choisi par rapport à la dernière grossesse.

Les auteurs anglo-saxons montrent une tendance croissante à pratiquer l'hystérectomie totale, s'il existe des antécédents gynécologiques, même peu importants. Ils ont conscience de supprimer ainsi une potentialité de cancer de l'utérus. Cependant, nous avons vu que les répercussions de l'hystérectomie sur l'image du corps sont encore plus importantes que celles de la stérilisation tubaire.

Quant à la voie d'abord, les techniques ont fait de tels progrès que la voie percoelioscopique laisse presque aussi peu de traces que la voie vaginale. Chaque chirurgien a ses techniques préférentielles.

Le moment de l'intervention, si celle-ci n'a pas lieu au cours d'une césarienne, mérite d'être discuté.

Il semble que le post-partum immédiat soit de bon pronostic pour beaucoup, tant au point de vue technique, car la stérilisation est alors plus facile, qu'au point de vue psychologique. La gratification représentée par l'enfant né s'il est bien portant, permet de mieux supporter la frustration causée par la stérilisation. Cependant, d'un point de vue technique, celle-ci doit avoir lieu le plus tôt possible après l'accouchement, dans les 24 heures ou 48 heures, et l'enfant est alors encore dans une période de risque néonatal. Par contre, la mère bénéficie d'une seule hospitalisation, ce qui est parfois très important.

La stérilisation associée à un avortement thérapeutique est également souvent pratiquée. En France en particulier, où les motifs conduisant à un avortement thérapeutiques sont en général si graves que

toute grossesse ultérieure est déconseillée, la stérilisation est alors légitime. Cependant, dans les cas où la vie de la mère n'est pas mise en danger par la grossesse en cours, la stérilisation s'ajoutant à l'avortement représente un traumatisme chirurgical et psychologique qui doit faire discuter les avantages et les inconvénients de cette association.

C'est bien souvent la stérilisation à distance d'une grossesse qui sera la meilleure solution.

Les médecins, des généralistes ou des gynécologues aux chirurgiens, avec parfois le conseil des psychiatres, peuvent aider considérablement les couples qui font appel à eux. Leur rôle est difficile car ils sont parfois mal informés, tant au point de vue des techniques que de la législation, ainsi que des résultats. D'autre part, les facteurs à envisager sont multiples, et il faut beaucoup de temps et une certaine expérience pour pouvoir évaluer si un couple tirera ou non des bénéfices d'une stérilisation de l'un ou l'autre des conjoints.

Le plus dangereux semble être la pression exercée par l'entourage et le médecin. La plupart des organismes qui sont en faveur d'une plus grande acceptabilité et une meilleure diffusion de la stérilisation chirurgicale, conseillent au médecin d'avoir une attitude réservée, laissant au couple toute sa liberté. Après une explication aussi détaillée et claire que possible, il est bon de laisser un temps de réflexion de deux à trois mois avant l'intervention.

D'autre part, s'il est normal que le médecin tente de se garantir contre des poursuites juridiques possibles, il ne doit pas oublier qu'il a un rôle social à jouer et qu'il peut contribuer à améliorer la santé et le bien-être des individus.

Nous avons vu qu'en France la loi interdit la stérilisation masculine. Quant à la stérilisation féminine, il est probable que l'évolution sera dans le sens d'une libéralisation, comme celle à laquelle on assiste sur le plan mondial. Cette évolution dépendra en grande partie de l'attitude individuelle des médecins et de leur prise de position dans le conflit qui existe entre les besoins des individus et la législation en vigueur.

C O N C L U S I O N S

Dans les pays développés, l'indication de la stérilisation de l'homme ou de la femme peut se poser pour des motifs médicaux, eugéniques, socio-économiques, ou même de convenance.

Dans les pays en développement, la stérilisation apparaît de plus en plus comme la méthode la plus sûre de lutte contre l'explosion démographique et l'on cherche surtout des méthodes faciles et rapides, même si elles comportent quelques échecs.

Nous avons dans ce travail essayé de cerner les indications et les limites assez généralement admises dans les pays développés de l'Europe occidentale, la France étant parmi les plus restrictifs, en particulier pour la vasectomie.

Nous avons surtout exposé les problèmes psychologiques que peuvent entraîner la conception que les opérées se font de leur état, et de ce que "les autres" peuvent en penser. Une meilleure information du public, voire des médecins, est indispensable ; mais aussi une étude psychologique préalable et une préparation ajustée du ou de la future opérée.

Nous avons exposé en détail la technique de la stérilisation coelioscopique par section-électrocoagulation des isthmes tubaires, mise au point par PALMER, et donné un bref résumé des observations, pour refléter sa position actuelle sur les indications de la stérilisation féminine.

La stérilisation chirurgicale qui représente actuellement une bonne solution dans certains cas, et parfois même la seule, devrait dans l'avenir, être appelée à disparaître.

Une méthode de contraception à la fois parfaitement sure, sans effet secondaire, acceptable, simple et peu coûteuse, si elle est mise au point un jour, remplacera probablement la stérilisation, dont elle n'aura pas les inconvénients : agression chirurgicale et irréversibilité.

Si on envisage un avenir plus proche et, étant donné l'état actuel des techniques contraceptives, il paraît souhaitable dans un premier temps, d'élargir en France l'éventail des indications de la stérilisation féminine et d'y inclure les motifs médico-sociaux, voire socio-économiques.

... / ...

On peut espérer cependant que ces indications disparaîtront plus ou moins rapidement grâce à un effort d'information et d'éducation sexuelle dans les milieux où elles sont le plus nécessaires.

La stérilisation tubaire est encore trop souvent la conséquence de la difficulté d'accès aux moyens de contraception.

La vasectomie, si elle présente des avantages techniques indéniables, comporte aussi des risques psychologiques et devrait également être appelée à disparaître avec le progrès des techniques contraceptives.

B I B L I O G R A P H I E

1. ADAMS T. : Female sterilization.
Amer. J. Obst. Gynec., 89 : 395, 1964.

2. BAIRD D. : Variations in fertility associated with changes in health status.
J. chron. Dis. 18 : 1109, 1965.

3. BAIRD D. : A fifth freedom.
Brit. Med. J., 4 : 1141, 1965.

4. BAIRD D., THOMPSON B. : Follow-up of 186 sterilized women.
Lancet, 1, 1023, 1968.

5. BARGLOW P. ; Pseudocyesis and psychiatric sequelae of sterilization.
Arch. gen. psychiat. 11 : 571, 1964.

6. BARGLOW P., EISNER M. : An evaluation of tubal ligation in Switzerland.
Amer. J. Obst. gynec., 95 : 1083, 1966.

7. BARGLOW P., GUNTHER M. S., JOHNSON A., MELTZER H. J. : Hysterectomy and tubal ligation : a psychiatric comparison.
Obst. Gynec. 25 : 520, 1965.

8. BARNES A. C., ZUSPAN F. P. : Patient reaction to puerperal surgical sterilization.
Amer. J. Obst. Gynec. 75 : 65, 1958.

9. BENEDEK T. : Psychosexual fonctions in women : Studies in Psychosomatic Medicine. New-York 1952, Ronald Press.

10. BERLE B.B. : Sterilization and birth-control practices in a selected sample of Puerto-Ricans living in a Manhattan slum.
Fertil. Steril. 8 n° 3, 1957.

11. BERTHELSEN H. : Sterilisatio tubarum, the subjective sequelae as shown by a follow-up of 198 patients.
Dan. Med. Bull. 4 : 107, 1957.

12. BINDER H.
Schweiz Arch. Neurol. Psychiat. 40 : 1-49, 249-176, 1937.

13. BLACK W. P., SCLARE A. B. : Sterilization by tubal ligation, a follow-up study.
J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth, 75 : 219, 1968

14. BLACKER C. P., JACKSON L. N. : Voluntary sterilization for family welfare : a proposal by the Simon Population Trust.
Lancet, 2 : 971, 1966.

15. BLACKER C. P., PEEL J. H. : Sterilization of women.
Brit. Med. J., 1 : 566, 1969.

... / ...

16. BRAT T., LENOBLE J. H., HUBINONT P. O. : La stérilisation féminine : analyse statistique 1961-1966.
Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 38 : 97, 1968.

17. CAMPBELL : The incidence of operations that prevent conception.
Amer. J. Obst. Gynec., 89 : 694, 1964.

18. CHOSSON J., RUF H., EMRAN J. : Suites éloignées des stérilisations tubaires.
Rev. Fr. Gynec. Obst. 61 : 637, 1966.

19. COSSEY D. : La campagne pour le contrôle des naisaances et son action afin de promulguer la législation sur la vasectomie.
Coll. int. Avortement, contraception, prostaglandines et stérilisation. Paris, mai 1972.

20. DAVIS J., HULKA J. : Elective vasectomy by american urologists in 1967.
Fertil. Steril. 21 : 615, 1970.

21. DERVAL D. : La stérilisation féminine chirurgicale. Techniques et indications (327 observatinns).
Thèse, Anger 1971 n° 13.

22. DESHAIES G. : Avortement et stérilisation en psychiatrie.
Presse méd. : 16 janvier 1960, p. 87

23. DEUTSCH H. : La psychologie des femmes.
P. U. F., Paris, 1945.

24. DIGGORY : Place and timing of contraception and sterilization.
Practitioner 206 : 409, 1971.

25. EKBLAD M. : The prognosis after sterilization on social-psychiatric grounds : A follow-up study of 225 women.
Acta Psy. Scand. suppl. 161, 37, 1961.

26. EKBLAD M. : Social-psychiatric prognosis after sterilization of women without children : a follow-up of 60 women.
Acta Psy. Scand. 39 : 481, 1963.

27. ELSTEIN M. : Sterilization and family planning.
Practitioner, 205 : 30, 1970.

28. EMRAN J. : Suites éloignées des stérilisations tubaires.
Thèse, Marseille, 1965, n° 91

29. FAYETTE M. : Répercussions psychosomatiques de la stérilisation chirurgicale féminine.
Thèse, Lyon, 1970.

30. FERBER A., TIETZE G., LEWITT S. : Men with vasectomies : A study of medical, sexual and psychosocial changes.
Psychosom. Med. 29 : 354, 1967.

31. FREUND M., DAVIS J. : Male sterilization. Effects on the male reproductive system.
Med. Gyn. Soc. London, p. 7

... / ...

32. GALULA M. : Quelques aspects de la stérilisation chez la femme.
Thèse, Paris, 1964 n° 1026

33. GAMBLE C. J. : Sterilization in preventive psychiatry.
Amer. J. Psy. 107 : 932, 1951.

34. GARRISON, GAMBLE : Sexual effects of vasectomy.
J. A. M. A., 144 : 293, 1950.

35. GEISENDORF W. : La stérilisation chirurgicale de la femme.
E. M. C. 800, A 10, 1965.

36. GLOOR P. A. : A propos de la stérilisation masculine. Implications psychosociologiques.
Praxis, 60 : 281, 1971.

37. GOSNEY E. S., POPENOE P. : Sterilization for human betterment.
New-York, McMillan 1929.

38. GRANJON A., HUGHIER J. : Techniques opératoires des stérilisations tubaires.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Franç. 14 : 288, 1962.

39. GUIGUI A. ; La stérilisation tubaire. Indications, techniques opératoires, résultats.
Thèse, Paris, 1953 n° 984.

40. GUTTMACHER A. F. : Puerperal sterilization on the private and ward services of a large metropolitan hospital.
Fertil. Steril. 8 n° 6, 1957.

41. HANLEY M. ; Vasectomy for voluntary male sterilization.
Lancet, 2 : 207, 1968.

42. HUBINONT P. O. : Indications sociales de l'avortement médical et de la stérilisation.
Coll. Int. Contraception, avortement, prostaglandines et stérilisation. Paris, mai 1972.

43. JACKSON L. N., HANLEY H., BAIRD D. : Vasectomy : Follow-up of a thousand cases.
Simon Population Trust.

44. JOHNSON M. H. : Social and psychological effects of vasectomy.
Amer. J. Psy. 121 : 482, 1964.

45. KAIJ L., MALMQUIST A. : Prognosis after sterilization in connection with parturition. A follow-up study of 179 women,
Acta Psy. Scand., 41 : 204, 1965.

46. LAFARGE J. : 30 observations de stérilisation prophylactique d'une nouvelle gestation.
Thèse, Lyon, 1953.

47. LAIDLAW R. W., BASS M. : Voluntary sterilization as it relates to mental health.
Amer. J. Psy., 120 : 1176, 1964.

... / ...

48. LANG L. P., RICHARDSON K. D. : The implications of a rising female sterilization rate.
J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth 75 : 972, 1968.

49. LEE L., GARDNER R. : Law and Family Planning.
Studies in Family Planning. 2 n° 4, 1971.

50. LEPAGE F., HERVET E., SUREAU C. : Indications de la stérilisation tubaire. A propos de 114 stérilisations pratiquées en 10 ans à la maternité A. Pinard.
Bull. Fed. Soc. Gyn. OBst. Franç., 14 : 301, 1962.

51. LEPAGE F. : La stérilisation chirurgicale de la femme.
Gaz. Méd. Fr., 78 : 491, 1971.

52. LIPPITT T., RANGANATHAN K. V., HULKA J. F. : Tubal ligation as part of family planning in India.
Amer. J. Obst. Gynec. 105 : 434, 1969.

53. LU T., CHUN D. : A long term follow-up study of 1055 cases of post-partum tubal ligation.
J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth 74 : 875, 1967.

54. MAGNIN P. : Le contrôle des naissances. Rôle possible du médecin.
Rev. Prat. 13 : 2233, 1963.

55. McCOY D. R. : The emotional reaction of women to therapeutic abortion and sterilization.
J. Obst. Gynec. Brit. Cwlth 75 : 1054, 1968.

56. MERGER R. : Aperçu juridique sur le problème de la stérilisation.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Fr. 14 : 301, 1962.

57. MERZ W. : Stérilisation.
5° Conférence de l'IPPF, Copenhague, 1966.

58. MICHEL-WOLFROMM H. : Gynécologie psychosomatique.
Masson édit. Paris, 1964.

59. MICHEL-WOLFROMM H. : Les troubles psychosomatiques de la ménopause.
Rev. Med. 14 et 15 : 701, 1966.

60. MICHEL-WOLFROMM H. : Gynécologie psychosomatique.
E. M. C. 168 A 10 1967.

61. NEUWIRTH R. : Nouvelles méthodes de stérilisation féminine.
Coll. Intern. Contraception, avortement, prostaglandines et stérilisation. Paris, mai 1972.

62. NICHOLS E. : Current practices in female sterilization in the U. S. A.. Incidence and methods.
Amer. J. Obst. Gyn. 101 : 345, 1968.

63. NORRIS A. S. : An examination of the effects of tubal ligation. Their implications for prediction.
Amer. J. Obst. Gynec. 90 : 431, 1964.

... / ...

64. OOSTERBOSCH J. : Etude des stérilisations chirurgicales pratiquées entre le 1.1.62 et le 31.8.67 (115 cas).
Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 38 : 109, 1968.

65. OVERSTREET E. W. : Role of female sterilization in population control.
Amer. J. Obst. Gyn. 101 : 351, 1968.

66. PALMER R. : Essai de stérilisation tubaire coelioscopique par électro-coagulation isthmique.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Franç. 14 : 298, 1962.

67. PALMER R. : Stérilisation de l'homme ou de la femme.
Planning familial, 1970 - 71.

68. PALMER R. : Les techniques chirurgicales et coelioscopiques de stérilisation tubaire et leurs résulta ts.
Coll. Int. Contraception, avortement, prostaglandines et stérilisation. Paris, mai 1972.

69. PALMER R., PALMER E. : Stérilisation tubaire chirurgicale a minima.
C. R. Soc. Franç. Gynec. 6 : 713, 1969.

70. PANIAGUA M., TAYBACK M., JANER J., VASQUEZ J. : Medical and psychological sequelae of surgical sterilization of women.
Amer. J. Obst. Gyn. 90 : 421, 1964.

71. PAQUOT E. : Stérilisation féminine par ligature des trompes.
Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 38 : 93, 1968.

72. PIEDELIEVRE R. : Le problème de la stérilisation au point de vue moral,
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Franç., 14 : 282, 1962.

73. PORTE R. : Contribution à l'étude de la stérilisation féminine préventive chirurgicale (aspects médicaux, psychologiques et légaux)
Thèse Grenoble, 1966, n° 17

74. POTTS D. M., SWYER G. I. M. : Effectiveness and risks of birth control methods.
Brit. Med. Bull. 62-1 : 26, 1970.

75. PRADERVAND P. : Introduction aux problèmes de planning familial et de limitation des naissances dans le Tiers-Monde.
Editions du Centre de Planning Familial du Québec. Montréal, 1971.

76. PRESSER H. : Voluntary sterilization.
Reports on Population. Family Planning n° 5, 1970,

77. PRYSTOWSKY H., EASTMAN N. J. : Puerperal tubal sterilization, 1 830 cases.
J. A. M. A., 158 : 463, 1955.

78. RAVINA J. H. : Stérilisation coelioscopique des trompes.
Presse méd., 79 : 141, 1971.

79. REIMANN-HUNZIKER G., ROSE : Clinical evaluation of voluntary sterilization of men, based on 25 years experience.
5° Conf. IPPF, Copenhague, 1966.

... / ...

80. REVAZ C., GLOOR P. A. : La stérilisation masculine : indications, conditions et aspects psychosociologiques.
Schweiz Z. Gynäk. Geburtsh 1 : 91, 1970.

81. ROBERT H. : Stérilisation tubaire et interventions gynécologiques.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst. Franç., 14 : 284, 1962.

82. ROCHA-MONCADA M. : Factores psicoginecologicos en la esterilisacion de la mujer por ligadura de las trompas.
México.

83. RODGERS D., ZIEGLER F. : Changes in sexual behaviour consequent to use of non coïtal procedures of contraception.
Psychosom. Med. 1967.

84. RODGERS D., ZIEGLER F., LEVY N. : Cultural attitudes facing vasectomy, a possible explanation of the post-operative psychological results.
Psychosom. Med., 1967.

85. SAUVY A. : La prévention des naissances.
P. U. F. Que Sais-je n° 988.

86. SEGAL S., TIETZE C. : Technologie de la contraception. Méthodes actuelles.
Bull. Demg. Planning Fam. n° 1, 1970.

87. SIBERT G. : La stérilisation féminine préventive.
Thèse, Paris, 1962, n° 916.

88. STEPTOE P. C. : Recent advances in control of fertility and infertility.
Brit. Med. Bull. 26-1 : 60, 1970.

89. STEPTOE P. C., IMRAN M. : Combined procedures of aspiration termination and laparoscopic sterilization.

90. SUTTER J., BASTIDE H. : Les causes de reprise de la natalité en France.
Rev. Prat. 13 : 2207, 1963.

91. TIETZE C. : Induced abortion and sterilization as methods of fertility control.
J. Chron. Dis. 18 : 1161, 1965.

92. VAN CAMELBEKE M. : La régulation des naissances devant le droit (avortement, stérilisation et pratiques contraceptives dans les législations modernes).
Rev. Prat. 13 : 2217, 1963.

93. VOKAER R. : Stérilisation et contraception.
Presse méd. 2143, 27 octobre 1962.

94. VRUWINK J., POPENOE P. : Post operative changes in the libido following sterilization.
Amer. J. Obst. Gynec. 19 : 72, 1930.

95. ZIEGLER F. : Vasectomy and adverse psychological reactions.
Ann. Int. Med. 73 : 853, 1970.

... / ...

96. ZIEGLER F., RODGERS D., KRIEGSMAN : Effects of vasectomy on psychological functioning.
Psychosom. Med. 28 : 50, 1966.

97. ZIEGLER F., RODGERS, D. PRENTISS R. : Psychosocial response to vasectomy.
Arch. Gen. Psychiatry, 21 : 46, 1969.

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Vu, et permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie :